

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 1

SAÚDE DA MULHER



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1ª VERSÃO - 2021



FICHA TÉCNICA

Prefeito

Rodrigo Kenji de Souza Ashiuchi

Secretário Municipal de Saúde

Pedro Charles Shirakawa Ishi

Diretoria de Atenção à Saúde

Flávia de Souza Verdugo

Coordenação de Atenção Básica

José Raimundo Landim Neto

Elaboração (1ª versão):

Larissa de Cássia Rezende Pereira (**Coordenação Rede de Crônicos e Saúde da Mulher**)

Tatiane Martins Espírito Santo (**Coordenação Rede Cegonha – Materno-Infantil**)

Colaboradores:

Rene Izaias Lozano

Isabella Masirevic Lozano Navajas

Paula Aparecida Ramos Fróes Oliveira

Gestão da Educação e do Conhecimento em Saúde

Coordenação da Assistência Farmacêutica

RAPSVDS

RAPS

Revisão e aprovação

Comissão de Protocolos - Suzano

Sumário

| | |
|--|-----------|
| FICHA TÉCNICA | 2 |
| APRESENTAÇÃO | 5 |
| 1. ATENÇÃO ÀS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE | 6 |
| 1.1. ENTREVISTA | 6 |
| 1.2. EXAME FÍSICO..... | 7 |
| 1.2.1. CÓLICA MENSTRUAL..... | 10 |
| 1.2.2. AMENORREIA..... | 12 |
| 1.2.3. DISPAREUNIA E VAGINISMO | 13 |
| 1.2.4. CISTO E ABSCESSO DE BARTHOLIN..... | 13 |
| 2. PLANEJAMENTO REPRODUTIVO | 14 |
| 2.1. PRÉ-CONCEPÇÃO | 14 |
| 2.2. CONDUTAS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ-CONCEPCIONAL..... | 15 |
| 2.3. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS | 15 |
| 2.3.1. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DISPONÍVEIS EM SUZANO: MÉTODOS REVERSÍVEIS | 19 |
| A. MÉTODOS NATURAIS: | 19 |
| B. MÉTODOS DE BARREIRA: | 19 |
| C. MÉTODOS HORMONAIS: | 19 |
| D. CONTRACEPÇÃO REVERSÍVEL DE LONGA AÇÃO | 24 |
| 2.3.2. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DISPONÍVEIS EM SUZANO: MÉTODOS IRREVERSÍVEIS..... | 30 |
| A. LAQUEADURA BILATERAL FORA DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL | 30 |
| B. LAQUEADURA BILATERAL DURANTE O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL | 30 |
| C. VASECTOMIA | 30 |
| 3. PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO..... | 35 |
| 3.1. COLPOSCOPIA | 42 |
| 3.1.1. PRÉ-REQUISITOS | 44 |
| 3.1.2. PROFISSIONAIS SOLICITANTES..... | 44 |
| 3.2. AÇÕES DE RASTREAMENTO..... | 44 |
| 4. PREVENÇÃO DE CÂNCER DE MAMA | 46 |
| 4.1. AÇÕES DE RASTREAMENTO..... | 46 |
| 4.2. AÇÕES MEDIANTE A PRESENÇA OU RELATO DE SINAIS OU SINTOMAS..... | 47 |
| 4.3. MASTALGIA E OUTROS SINTOMAS MAMÁRIOS | 49 |
| 5. MENOPAUSA E CLIMATÉRIO | 52 |
| 5.1. ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA NO CLIMATÉRIO/MENOPAUSA..... | 55 |
| 6. ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À ADOLESCENTE | 57 |
| 6.1. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NO ATENDIMENTO À ADOLESCENTE | 58 |
| 6.2. TESTAGEM SOROLÓGICA PARA MENORES DE 18 ANOS..... | 59 |
| 7. ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À POPULAÇÃO LGBTQIA+ | 60 |
| 7.1. DIREITOS..... | 60 |
| 7.2. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA | 61 |
| 7.3. ANTICONCEPÇÃO | 61 |
| 7.4. RASTREAMENTOS..... | 61 |
| 7.5. CONSIDERAÇÕES SOBRE O EXAME GINECOLÓGICO | 62 |
| 7.6. MANUTENÇÃO DA SAÚDE E ENCAMINHAMENTOS | 62 |
| 7.7. FLUXO DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIAS..... | 63 |
| 8. INFERTILIDADE | 64 |
| 9. ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E/OU DOMÉSTICA/INTRAFAMILIAR | 65 |
| REFERÊNCIAS..... | 68 |
| ANEXO 1 – PROPOSTA DE IMPRESSO PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA MULHER..... | 69 |

| | |
|---|-----|
| ANEXO 2 - LEI FEDERAL Nº 9.263 DE 12 DE JANEIRO DE 1996..... | 71 |
| ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – DIU..... | 76 |
| ANEXO 4 – SADT USG TRANSVAGINAL – REDE CEGONHA | 78 |
| ANEXO 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – IMPLANON | 79 |
| ANEXO 6 – SADT LAQUEADURA | 81 |
| ANEXO 7 – SADT VASECTOMIA | 82 |
| ANEXO 8 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – LAQUEADURA TUBÁRIA | 83 |
| ANEXO 9 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – VASECTOMIA..... | 85 |
| ANEXO 10 – RELAÇÃO DE DOCUMENTOS – LAQUEADURA/VASECTOMIA | 87 |
| ANEXO 11 – INSCRIÇÃO PLANEJAMENTO FAMILIAR – REDE CEGONHA | 88 |
| ANEXO 12 – REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA – PLANEJAMENTO REPRODUTIVO/ REDE CEGONHA..... | 90 |
| ANEXO 13 – REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA – COLPOSCOPIA..... | 91 |
| ANEXO 14 – NOTIFICAÇÃO VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA | 91 |
| ANEXO 15 – RECEITUÁRIO DE NITRATO DE MICONAZOL CREME VAGINAL 20MG/G..... | 94 |
| ANEXO 16 – RECEITUÁRIO DE METRONIDAZOL GELEIA VAGINAL 100MG/G..... | 95 |
| ANEXO 17 – RECEITUÁRIO DE DAPIRONA GOTAS 500 MG/ML | 96 |
| ANEXO 18 – RECEITUÁRIO DE PARACETAMOL COMPRIMIDO 750 MG | 97 |
| ANEXO 19 – RECEITUÁRIO DE CONTRACEPTIVO ORAL COMBINADO | 98 |
| ANEXO 20 – RECEITUÁRIO DE CONTRACEPTIVO ORAL SIMPLES – MINIPÍLULA..... | 99 |
| ANEXO 21 – RECEITUÁRIO DE CONTRACEPTIVO INJETÁVEL MENSAL..... | 100 |
| ANEXO 22 – RECEITUÁRIO DE CONTRACEPTIVO INJETÁVEL TRIMESTRAL | 101 |
| ANEXO 23 – RECEITUÁRIO DE ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA..... | 102 |

APRESENTAÇÃO

As mulheres são a maioria da população brasileira e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde. As ações previstas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher abrangem ações que envolvem a atenção ao pré-natal, parto e puerpério, redução da mortalidade materna, enfrentamento da violência contra a mulher, ações no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e morbimortalidade por câncer de colo, de útero e mama.

Reconhece-se que, para o alcance dos objetivos do sistema de saúde e o cumprimento efetivo e qualificado de suas funções como porta de entrada preferencial, coordenação do cuidado e resolutividade na Atenção Básica, faz-se necessário conferir maior qualificação, autonomia e responsabilidade a todas(os) as(os) trabalhadoras(es) atuantes neste nível de atenção. Também é fundamental estimular dispositivos para o trabalho compartilhado, considerando a oferta de cuidado em contextos de difícil acesso, com barreiras geográficas ou outras particularidades locais.

A atuação dos Enfermeiros na atenção básica é indispensável para consolidação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Com o propósito de subsidiar e respaldar a atuação dessa categoria na atenção básica, sem engessá-la, propiciando o acompanhamento de seu desenvolvimento e a avaliação do desempenho profissional, através da sistematização da assistência de enfermagem, a Gestão da Secretaria Municipal de Suzano (Atenção Básica / Atenção à Saúde) teve a iniciativa de elaborar este documento, a fim de padronizar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos profissionais.

1. ATENÇÃO ÀS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Uma das queixas mais comuns nos acolhimentos prestados ao público feminino se trata do corrimento vaginal. Muitas vezes esse sinal pode estar relacionado a quadros de vulvovaginites e até mesmo de colpites e cervicites.

As vulvovaginites constituem inflamações nos tecidos da vulva e/ou vagina, podendo estar relacionadas a uma diversidade de fatores, que vão desde o desequilíbrio da microflora, alterações do pH, exposição a agentes irritativos, condições hormonais, infecções sexualmente transmissíveis e até mesmo situações de violência.

De maneira análoga, os quadros de colpites ou cervicites constituem inflamações nos tecidos cérvico-uterinos que podem manifestar-se, também, acompanhados de descarga vaginal anormal.

Neste caso, também é importante avaliar sinais de alerta (no final desta página) que podem indicar condições mais graves, tais como complicações da doença inflamatória pélvica, infecções no ciclo gravídico-puerperal e até mesmo processos neoplásicos.

1.1. Entrevista

O levantamento de alguns dados é importante para orientar as condutas do enfermeiro frente às queixas ginecológicas, devendo este profissional sempre perguntar sobre:

- **Fluxo vaginal:**
 - ✓ Quantidade, coloração, aspecto, odor, fatores desencadeantes ou associados;
- **Sintomas associados:**
 - ✓ Prurido, irritação vulvar, sangramento ou exacerbação do odor após relação sexual, presença de dispareunia e/ou sinusiorragia;
- **Antecedentes clínicos/ginecológicos:**
 - ✓ Uso de antibiótico de amplo espectro;
 - ✓ Data da última menstruação;
 - ✓ Diabetes, gravidez interrogada ou confirmada;
 - ✓ Abortamento ou parto recentes;
- **Fatores de risco para infecção cervical:**
 - ✓ Uso irregular de preservativo, múltiplas parcerias, nova parceria, parcerias com infecções sexualmente transmissíveis (ISTs);
 - ✓ Período de início dos sintomas;

- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso (contínuo ou recente);
- ✓ Orientação sexual e de gênero;
- ✓ Método contraceptivo em uso;
- ✓ Procedimento uroginecológicos já realizados e quando (colposcopia, conização, cauterização etc.);
- ✓ Último exame preventivo do câncer do colo do útero (se população alvo).

1.2. Exame físico

O exame físico detalhado é de extrema importância para a identificação de situações que vão desde aquelas tratáveis por meio de abordagem sindrômica até quadros de maior complexidade que possam necessitar de referência ou atendimento multiprofissional. Sugere-se, portanto:

- **Exame do abdome:**

- ✓ Sinais de peritonite, massa abdominal, dor à palpação de hipogástrio;
- ✓ Exame dos genitais externos;
- ✓ Exame de linfonodos inguinais;

- **Exame especular:**

- ✓ Observar características do colo, sinais de cervicite (presença de mucopus, friabilidade, dor à mobilização do colo), trofismo da mucosa e presença de corpo estranho;

- **Toque vaginal:**

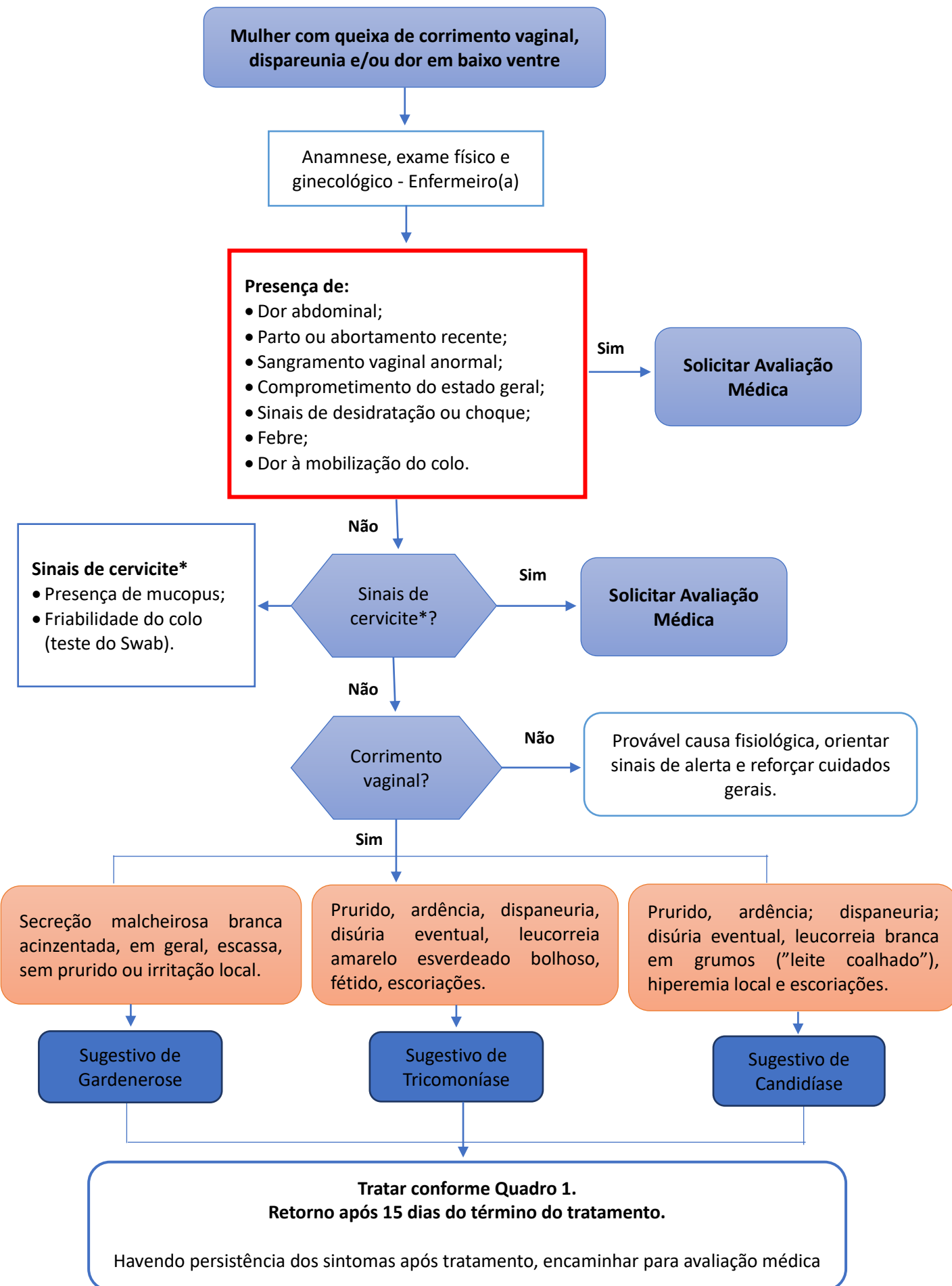
- ✓ Dor à mobilização do colo (sugestivo de cervicite); dor à mobilização do útero e anexos (sugestivo de doença inflamatória pélvica ou sinais de endometrite/ pelveperitonite secundária a aborto/parto).

Após a entrevista e exame físico, realizados durante a consulta de enfermagem, é importante atentar para presença de alguns sinais de alerta que, se presentes, deverão ser avaliados conjuntamente com o Médico em interconsulta:

- ✓ Dor e/ou defesa abdominal;
- ✓ Irregularidades do ciclo/sangramento vaginal anormal;
- ✓ Febre;
- ✓ Comprometimento do estado geral;
- ✓ Sinais de desidratação ou choque (hipotensão, taquicardia, taquipneia);
- ✓ Aumento de linfonodos regionais.

Realizar o atendimento voltado à Saúde da Mulher, utilizando a SAE em anexo. (Anexo 1)

Fluxograma 1 – Corrimento vaginal ou cervicite



Quadro 1 - Síntese de Tratamento de Corrimento Vaginal ou Cervicites

| Causa identificada | Sinais e sintomas principais | Plano de cuidados / Conduta do Enfermeiro |
|---|--|---|
| <p>Candidíase</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Prurido vulvar • Hiperemia vulvar • Corrimento grumoso | <p>Medidas não farmacológicas (cuidados de enfermagem)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de roupas íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas a fim de promover melhor ventilação; • Evitar o uso de roupas apertadas ou diminuir o tempo de uso das mesmas; • Evitar uso de absorventes diários; <p>Tratamento medicamentoso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miconazol creme vaginal 20mg/g - 1 aplicador, 1x/dia por 10 noites, evitando relações sexuais durante o tratamento e por até 48 horas após seu término; • Se recorrente (4 ou mais episódios em 12 meses), investigar DM e HIV e encaminhar a consulta médica. <p>Gestantes (independentemente da idade gestacional) ou nutrízes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para avaliação médica. |
| <p>Tricomoníase e Vaginose bacteriana</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gardnerella vaginalis ✓ Mobiluncus sp ✓ Bacteroides sp ✓ Mycoplasma hominis ✓ Peptococcus sp | <ul style="list-style-type: none"> • Secreção vaginal amarela ou esverdeada, bolhosa e fétida. • Secreção malcheirosa branca acinzentada, em geral, escassa, sem prurido ou irritação local. • Pode estar associada a prurido intenso, edema de vulva, dispareunia, petéquias no colo (colo em “framboesa”). • Pode ocorrer disúria. | <p>Medidas não farmacológicas (cuidados de enfermagem)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de roupa íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas a fim de promover melhor ventilação; • Evitar o uso de roupas apertadas ou diminuir o tempo de uso das mesmas. <p>Em caso de persistência dos sintomas após tratamento, convocar parceiro e encaminhar ambos para avaliação médica.</p> <p>Tratamento medicamentoso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol geleia vaginal (100 mg/g) - 1 aplicador, 1x/dia por 10 noites, evitando relações sexuais durante o tratamento e por até 48 horas após seu término. <p>Gestantes (independentemente da idade gestacional) ou nutrízes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para avaliação médica. |

Para as demais abordagens às queixas ginecológicas que tenham relações com outras ISTs (Tricomoníase, Donovanose, HPV, Herpes Genital, Sífilis, Gonorreia, entre outras), consultar Protocolo de Enfermagem (Infecções Sexualmente Transmissíveis).

1.2.1. Cólica Menstrual

A cólica menstrual é uma das causas de consulta enfermagem mais prevalentes na área da saúde da mulher, vivenciada pelo dia a dia da prática clínica do enfermeiro (a), principalmente em jovens e adolescentes logo após a primeira menstruação (menarca). Nesta situação o acolhimento da usuária, a explicação sobre os ciclos menstruais, duração dos mesmos e o autoconhecimento do próprio corpo é fundamental.

Neste tipo de atendimento, é muito importante a caracterização do tipo de cólica, a frequência da mesma, o histórico ginecológico e obstétrico pregresso, bem como a determinação de possíveis situações agravantes com encaminhamento para avaliação médica imediata (se necessário), conforme **Fluxograma 2:**

POSOLOGIA – DIPIRONA (GOTAS 500 mg/ml) / PARACETAMOL (COMPRIMIDOS 750 mg)

- **DIPIRONA GOTAS 500 mg/ml:** Adultos e adolescentes acima de 15 anos: 20 a 40 gotas em administração única ou até o máximo de 40 gotas, 4 vezes ao dia ou conforme peso:

| Peso | Dose | Gotas |
|----------------|--------------------|----------------------------|
| 31 a 45 kg | Dose única | 10 a 30 gotas |
| | Dose máxima diária | 120 (4 tomadas x 30 gotas) |
| 46 a 53 kg | Dose única | 15 a 35 gotas |
| | Dose máxima diária | 140 (4 tomadas x 35 gotas) |
| 31 a 45 kg | Dose única | 10 a 30 gotas |
| | Dose máxima diária | 120 (4 tomadas x 30 gotas) |
| 46 a 53 kg | Dose única | 15 a 35 gotas |
| | Dose máxima diária | 140 (4 tomadas x 35 gotas) |
| Acima de 53 kg | Dose única | 40 gotas |
| | Dose máxima diária | 160 (4 tomadas x 40 gotas) |

Fonte: <https://www.medley.com.br/medicamentos/dipirona-monoidratada/bula2>

- **PARACETAMOL COMPRIMIDOS 750 mg:** 1 comprimido, 3 a 5 vezes ao dia. Não exceda 5 comprimidos, em doses fracionadas, em um período de 24 horas.

Fonte: https://www.ems.com.br/arquivos/produtos/bulas/bula_paracetamol_10162_1318.pdf

Fluxograma 2 - Cólica menstrual

Mulher com
queixa de cólica
menstrual

Anamnese e exame físico - Enfermeiro(a)

Presença de 1 critério maior + 2 critérios menores

Critérios maiores:

- ✓ Hipotensão (PA < 90 x 60 mmHg);
- ✓ Pulso rápido (FC > 100 bpm) e filiforme;
- ✓ Sinais de choque;
- ✓ Sangramento intenso/hemorragia;
- ✓ Abdômen distendido;
- ✓ Dor intensa à palpação/descompressão;
- ✓ Febre.

Critérios Menores:

- ✓ Palidez;
- ✓ Pele fria;
- ✓ Sudorese;
- ✓ Cólica intensa;
- ✓ Suspeita de gravidez;
- ✓ Presença de manchas arroxeadas pela pele.

Sim

Solicitar avaliação
Médica

Não

História de fluxos
menstruais intensos,
sangramentos entre os
ciclos e/ou cólicas
intensas?

Sim

- Solicitar hemograma completo;
- Avaliar o adequado uso do anticoncepcional;
- Agendar consulta médica para avaliação/investigação do quadro ou interconsulta imediata com o médico;
- Prescrever analgésico, conforme quadro abaixo.

Não

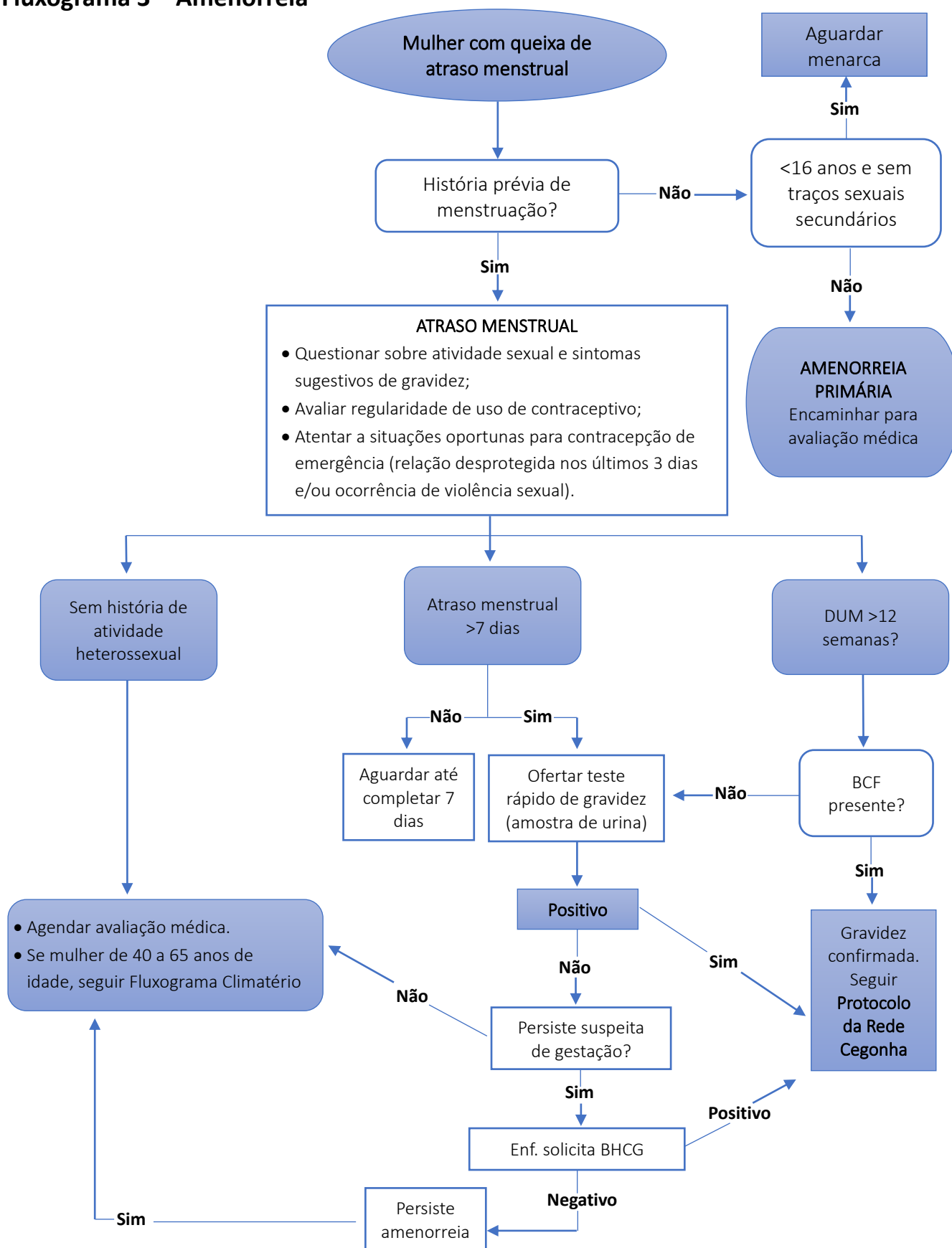
• Cuidados de Enfermagem:

- ✓ Aplicar compressas mornas sobre o abdômen inferior;
- ✓ Orientar atividade física e alimentação saudável (mudança de estilo de vida).

- Prescrever Dipirona 500 mg 6/6 horas ou Paracetamol 750 mg 8/8 horas se dor (vide posologia pág. 10).

1.2.2. Amenorreia

Fluxograma 3 – Amenorreia



Obs.: O teste imunológico de gravidez deverá ser demanda livre.

1.2.3. Dispareunia e Vaginismo

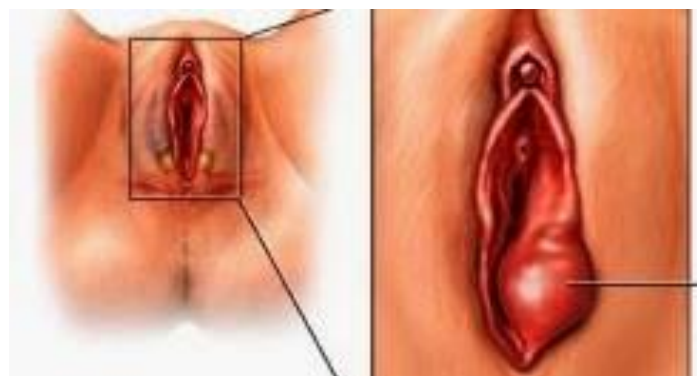
A dispareunia é um sintoma bastante comum e desafiador do ponto de vista clínico, já que o profissional de saúde se depara com inúmeras possibilidades de etiologias, sendo o histórico de enfermagem (anamnese e o exame físico) a principal ferramenta de elucidação diagnóstica. Questões fisiológicas como menopausa, diminuição de estrogênio, posição no ato sexual e outras patologias, dentre as quais situações infecciosas potencialmente graves, como a Doença Inflamatória Pélvica, são algumas das tantas possibilidades diagnósticas possíveis. Diante de queixas de lubrificação insuficiente, o enfermeiro deverá orientar a utilização de lubrificantes íntimos à base de água.

A queixa de dispareunia deve ser sempre valorizada, pois além de causas clínicas presentes e objetivamente identificáveis, a mesma pode ser indicativa de outras situações a qual a mulher pode estar exposta, mas de difícil identificação imediata, como as de cunho psicossocial: história de violência sexual e doméstica, traumas, insatisfação sexual, dentre outras.

Em se tratando de mulheres climatéricas/menopausadas, encaminhar para avaliação médica, a fim de considerar a estrogenização local caso os lubrificantes se mostrem pouco resolutivos.

1.2.4. Cisto e abscesso de Bartholin

As glândulas de Bartholin situam-se em cada lado da abertura vaginal, e podem ficar bloqueadas. Quando isto ocorre, líquidos se acumulam e a glândula incha, formando um cisto. Os cistos variam desde o tamanho de uma ervilha até uma bola de golfe ou mais. Na maioria das vezes, ocorrem apenas em um lado. Eles podem ficar infeccionados, formando um abscesso, caracterizado por dor intensa e às vezes, febre. Caso o enfermeiro se depare com um provável caso, deverá solicitar avaliação conjunta com o Médico. Na indisponibilidade deste profissional, encaminhar a paciente para atenção hospitalar dado risco de gangrena de Fournier.



Anatomia normal

Glândula de Bartholin
inflamada

2. PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

A Política Nacional de Planejamento Familiar é concedida hoje, pelo Ministério da Saúde, como Política da Vida Sexual e Reprodutiva, com o propósito de acolher pessoas que têm vida sexual ativa que estejam ou não, necessariamente, planejando uma família.

A Atenção à Vida Sexual e Reprodutiva tem como base a Constituição Brasileira de 1988 e a Lei do Planejamento Familiar de 1996, além do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.

O planejamento familiar é um ato consciente: Torna possível ao casal programar quantos filhos terá e quando os terá. Permite às pessoas e aos casais a oportunidade de escolher entre ter ou não filhos de acordo com seus planos e expectativas.

O acesso à informação e a facilidade de obtenção de meios contraceptivos sob orientação médica ou de enfermagem adequada é a única maneira de preservar a saúde da mulher, evitando gestações indesejadas, diminuindo o número de gestações de alto risco, abortos inseguros e consequentemente reduzindo a mortalidade materna e infantil.

Pautado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é de livre decisão do casal. Cabe ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte das instituições oficiais ou privadas.

O Planejamento Familiar no Brasil é regulamentado pela Lei nº 9263 de 12/11/1996 (Anexo 2), que é ampla e abrangente e garante o Planejamento Familiar como um direito de todos, sob a perspectiva da equidade de gênero. Em seu artigo 3º define um conjunto de ações que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole, pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

É nesse contexto que entram as ações relacionadas ao planejamento reprodutivo, tanto para pré-concepção quanto para a contracepção.

2.1. Pré-concepção

Com o desenvolvimento da sociedade e cada vez mais a mulher tornando-se protagonista da decisão da melhor hora de engravidar, o enfermeiro na consulta de enfermagem deve procurar abordar o tema, não só da prevenção a gestação, mas também o planejamento da concepção, seja através de apoio emocional, avaliação do estado de saúde da mulher ou mesmo o início do ácido fólico e solicitação de exames de rotina.

2.2. Conduas de enfermagem no período pré-concepcional

- Realizar consulta de enfermagem abordando a história clínica e obstétrica atual/pregressa da mulher e, se possível, de seu(sua) parceiro(a);
- Perguntar sobre a DUM e orientar sobre formas de identificar o período fértil (cálculo do período com base no 1º dia de sangramento da última menstruação, levando em consideração a duração do ciclo de cada mulher, modificações que ocorrem no muco cervical/secreção vaginal tornando-o mais abundante, discreta elevação da temperatura corporal, aumento da libido, entre outros);
- Prescrever ácido fólico 5 mg/dia por 3 meses antes da concepção;
- **Verificar situação do citopatológico, e caso necessário, realizar o mesmo;**
- **Solicitar sorologias ou realizar testes rápidos para: HIV, Hepatites B ou C e Sífilis (casal);**
- **Hemograma, tipagem sanguínea, fator Rh e Toxoplasmose (IgG/IgM);**
- **Avaliar o histórico vacinal (hepatite B, dupla adulto, tríplice viral e febre amarela) e em caso de atraso ou ausência, atualizar esquema** (Em caso de necessidade de vacinação, a mulher deverá evitar a concepção até pelo menos 30 dias após completar o esquema vacinal indicado (tríplice viral e febre amarela));
- Abordar cessação do fumo e álcool antes da gravidez, se necessário;
- Questionar sobre comorbidades pré-existentes, sobretudo as de caráter crônico, encaminhar para avaliação médica, a fim de assegurar que a patologia esteja sob manejo adequado e compatível com a possibilidade de uma gestação vindoura;
- Acolher a mulher, tirando as dúvidas e angústias relacionadas a uma possível gestação;
- Convidar o seu parceiro a realizar exames e vacinas de rotina, vinculando o mesmo no processo de escolha e programação familiar.

2.3. Métodos contraceptivos

A escolha do método contraceptivo é complexa e multifatorial. Além dos critérios médicos, é importante atentar aos aspectos sociais, comportamentais, psicológicos, assim como à preferência individual.

Durante a consulta o enfermeiro, deve fornecer informações claras e adequadas a respeito de cada opção – vantagens, desvantagens, custo, eficácia (Conforme Tabela 1), riscos, efeitos adversos e retorno à fertilidade a fim de que a paciente possa participar ativamente do processo de escolha e evitar a descontinuação do método, resultando, em última instância, em uma gravidez não planejada.

Tabela 1. Porcentagem de gravidez indesejada após um ano de uso típico e perfeito do contraceptivo

| Método | Risco de gestação em 100 mulheres/ano (uso típico) | Risco de gestação em 100 mulheres/ano (uso perfeito) |
|--|--|--|
| Nada | 85 | 85 |
| Preservativo | 18-21 | 2-5 |
| Pílula/anel/adesivo | 9 | 0,3 (3 em 1.000) |
| Injetáveis | 6 | 0,2 (2 em 1.000) |
| DIU de cobre | 0,8 (8 em 1.000) | 0,6 (6 em 1.000) |
| Laqueadura | 0,5 (5 em 1.000) | 0,5 (5 em 1.000) |
| Vasectomia | 0,15 (1,5 em 1.000) | 0,1 (1 em 1.000) |
| SIU-LNG | 0,2 (2 em 1.000) | 0,2 (2 em 1.000) |
| Implante liberador de etonogestrel (ENG) | 0,05 (5 em 10.000) | 0,05 (5 em 10.000) |

Fonte: traduzido de Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404.⁽⁹⁾

Além disso, é importante levantar o histórico ginecológico e obstétrico, rastrear e registrar o risco cardiovascular da paciente, interrogar comorbidades e medicamentos em uso, investigar gestação em curso, elucidar os possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas que possam vir a interferir na eficácia do método, bem como frisar a importância do uso de métodos adicionais quando necessário.

Quadro 2 – Categorias de elegibilidade dos métodos contraceptivos

| Categoria | Definições |
|--|---|
| Categoria 1 | A condição não restringe o uso do método contraceptivo |
| Categoria 2 | As vantagens do uso do método nesta condição superam o risco teórico ou comprovado Sempre ponderar o uso e ficar atento a possíveis sinais/sintomas decorrentes do método ou de problemas de saúde gerados por estes. |
| Categoria 3 Prescrição médica | Os riscos teóricos ou comprovados do uso do método superam as vantagens nesta condição |
| Categoria 4 Prescrição médica | O risco do uso do método é inaceitável nesta condição |

Quadro 3 – Categorias de Elegibilidade Conforme o Tipo de Método Escolhido e orientação ao Enfermeiro

| Condição atual | Pílula combinada (Enfermeiro/ Médico) | Injetável combinado (mensal) (Médico) | Injetável com progestágeno (trimestral) (Médico) | DIU de cobre (Enfermeiro/ Médico) | Minipílula de noretisterona (Médico) |
|--|---|---|--|--|---|
| Idade inferior a 40 anos | 1 | 1 | 1 | 1 2 - Se <20 anos | Não utilizar |
| Idade igual ou superior a 40 anos | 2 | 2 | 2 | 1 | Não utilizar |
| Amamentação - Menos de 6 semanas após o parto | 4 | 4 | 3 | 1 - Prescreva a partir de 4 semanas após o parto | Não utilizar |
| Amamentação - Entre 6 semanas e 6 meses após o parto | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| Amamentação - Mais de 6 meses após o parto | 1 e 2 ² | 2 | 1 | 1 | Não utilizar |
| Obesidade | 2 | 2 | 1 | 1 | Não utilizar |
| IST atual (exceto Hepatite e HIV) | 1 | 1 | 1 | 4 - Para inserção se DIP/cervicite atual ³ 2 - Para continuação se usa DIU e com cervicite/DIP atual 2 - Se outras ISTs | Não utilizar |
| Tabagismo em mulheres com menos de 35 anos | 2 | 2 | 1 | 1 | Não utilizar |
| Tabagismo em mulheres com mais de 35 anos | 3 e 4 | 3 e 4 | 1 | 1 | Não utilizar |
| HAS controlada | 3 | 3 | 2 | 1 | Não utilizar |

| | | | | | |
|--|------------------------|----------------|----------------|---|--------------|
| HAS com PAS>160 e PAD>=100 mmHg | 4 | 4 | 3 | 1 | Não utilizar |
| HAS + Doença cardiovascular | 4 | 4 | 3 | 1 | Não utilizar |
| TEP/TVP atual ou recente | 4 | 4 | 3 | 1 | Não utilizar |
| Histórico de TEP/TVP no passado, com ou sem uso de anticoagulante oral | 4 | 4 | 2 | 1 | Não utilizar |
| Infarto ou AVC | 4 | 4 | 3 | 1 | Não utilizar |
| Dislipidemias | 2 e 3 | 2 e 3 | 2 | 1 | Não utilizar |
| DM ou complicações vasculares | 3 e 4 | 3 e 4 | 2 | 1 | Não utilizar |
| Enxaqueca sem aura | 2 ⁴ , 3 e 4 | 2 e 3 | 2 | 1 | Não utilizar |
| Enxaqueca com aura | | 3 e 4 | 2 e 3 | 1 | Não utilizar |
| CA de mama atual ou passado | 4 | 4 | 4 | 1 | Não utilizar |
| Uso de anticonvulsivantes | 3 | 2 | 3 | 1 | Não utilizar |
| Uso de TARV/HIV Tipo C | 2 ⁵ | 2 ⁵ | 2 ⁵ | 1 | Não utilizar |
| Uso de rifampicina | 3 | 2 | 2 | 1 | Não utilizar |

¹ Exceto minipílula de noretisterona

² A definição como categoria 2 se dá pelos efeitos sobre o leite materno, não sobre a mãe, diretamente. Assim, sempre que possível, utilizar outro método classificado como 1 durante a amamentação, mesmo que não exclusiva.

³ Pode ser inserido após tratamento completo e sem sintomas de cervicite purulenta, clamídia ou gonorreia. Para DIP: inserir após 12 semanas do término do tratamento. Demais ISTs: categoria 2

⁴ Se maior de 35 anos: Categoria OMS 2 na introdução do método e categoria OMS 3 na manutenção.

⁵ Para mulheres em uso de Terapia Antirretroviral (TARV), a mesma possui como critério de elegibilidade a categoria 2. Orientar este grupo a utilizar o **preservativo em todas as relações sexuais**, não só pela questão de replicação viral, mas também pela diminuição da eficácia que estes medicamentos causam nos anticoncepcionais.

Para escolha do método o profissional deve orientar sobre eficácia e segurança, contraindicações se tiver alguma, vantagens e desvantagens do método. Deve também acolher os sentimentos da mulher/homem com relação ao método, respeitando o contexto social e cultural que vive.

2.3.1. Métodos contraceptivos disponíveis em Suzano: Métodos reversíveis

A. MÉTODOS NATURAIS: (muco cervical, tabela e coito interrompido):

- Métodos associados ao maior número de falhas (até 25%);
- Recomenda-se um aconselhamento especial para assegurar que o método seja utilizado corretamente;
- Observar as condições e circunstâncias que possam afetar a função ovariana ou a regularidade dos ciclos menstruais;
- Esclarecer que o método não protege contra IST.

B. MÉTODOS DE BARREIRA: Condom (camisinha/ preservativo masculino ou feminino):

- Deverá ser sempre recomendado para a prevenção de ISTs/AIDS (não existem contraindicações, exceto a rara ocorrência de alergia ao látex e/ou poliuretano);
- Disponibilizar camisinha em livre demanda;
- Falha de 2% podendo chegar a 15% se uso inadequado

C. MÉTODOS HORMONAIS:

➤ CONTRACEPTIVO ORAL COMBINADO:

Padronização: Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg

Prescrição: Médico / Enfermeiro (validade 1 ano)

Renovação: Médico / Enfermeiro

• ORIENTAÇÕES QUANTO AO USO:

- ✓ Iniciar no 1º dia do ciclo natural. **Pode-se iniciar o tratamento entre o 2º e o 7º dia, mas recomenda-se a utilização de preservativo nos primeiros 7 dias de administração durante o primeiro ciclo.**
- ✓ Ingerir o comprimido uma vez ao dia por 21 dias, sempre no mesmo horário, dar 7 dias de intervalo e reiniciar uma nova cartela.
- ✓ Em caso de vômitos: Se ocorrer no período de 4 horas após a ingestão do comprimido, orientar o uso de preservativo até o final da cartela;
- ✓ Esclarecer que o método não protege contra IST.

- **EM CASO DE ESQUECIMENTO:**

- ✓ Até 12 horas: Orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar;
- ✓ Acima de 12 horas: Orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar, mesmo que isso signifique tomar 2 comprimidos num único dia e utilizar preservativo por 07 dias;
- ✓ Mais de 1 episódio de esquecimento na mesma cartela: Utilizar preservativo até o término da cartela.

- **EFEITOS COLATERAIS MAIS FREQUENTES:**

- ✓ Ganho de peso;
- ✓ **Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura:** Tranquilizar usuária, geralmente a melhora é espontânea;
- ✓ **Alteração de humor:** Geralmente é melhora espontânea;
- ✓ **Sangramento anormal:** Comum nos 3 primeiros meses*;
- ✓ **Se dor de cabeça severa ou alteração da visão:** Encaminhe para avaliação médica;

- **CONTRAINDICAÇÕES:**

- ✓ História de cirurgia bariátrica
- ✓ Amamentação com < 6 meses do parto
- ✓ Enxaqueca com ou sem áurea
- ✓ Obesidade com IMC > 35
- ✓ Lactação
- ✓ Câncer de mama diagnosticado ou suspeito
- ✓ Doença tromboembólica
- ✓ Sangramento uterino anormal não diagnosticado
- ✓ Gravidez confirmada ou suspeita
- ✓ HAS descompensada: PA > 160x100 mmHg;
- ✓ História prévia de TEP e TVP
- ✓ AVC

➤ **CONTRACEPTIVO ORAL SIMPLES:**

Padronização: Noretisterona 0,35 mg – Uso contínuo e sem interrupção

Prescrição: Médico (validade 1 ano)

Renovação: Na ausência do profissional médico, o Enfermeiro poderá renovar a receita anterior e a mesma terá a validade de 3 meses, sendo necessário agendar avaliação médica para continuidade, troca e verificação de adaptação do método.

- **ORIENTAÇÕES QUANTO AO USO:**

- ✓ Escolher este método se a mulher estiver amamentando e após 6 semanas do parto;
- ✓ Tomar 01 comprimido na mesma hora, todos os dias e manter aleitamento materno exclusivo;
- ✓ Esclarecer que o método não protege contra IST.

- **EM CASO DE ESQUECIMENTO:**

- ✓ Não deixar ultrapassar mais de 3 horas em relação ao horário habitual, caso ultrapasse utilizar preservativo por 7 dias.

- **EFEITOS COLATERAIS MAIS FREQUENTES:**

- ✓ **Sangramento anormal:** Comum nos primeiros 3 meses*;
- ✓ **Dor de cabeça leve, náuseas, sensibilidade mamária:** Tranquilizar paciente. Se necessário, encaminhar para consulta médica.

➤ **CONTRACEPTIVO INJETÁVEL MENSAL:**

Padronização: Enantato de noretisterona/ Valerato de Estradiol 50/5mg

Prescrição: Médico (validade 1 ano)

Renovação: Na ausência do profissional médico, o Enfermeiro poderá renovar a receita anterior e a mesma terá a validade de 3 meses, sendo necessário agendar avaliação médica para continuidade, troca e verificação de adaptação do método.

- **ORIENTAÇÕES QUANTO AO USO:**

- ✓ Injeção IM a cada 4 semanas (No mínimo 27 e no máximo 33 dias);
- ✓ Iniciar entre o 1º e 5º dia do ciclo (preferencialmente no primeiro dia do ciclo menstrual);
- ✓ Usar preservativo nos primeiros 7 dias após a primeira aplicação do método;
- ✓ Esclarecer que o método não protege contra IST.

- **EM CASO DE ESQUECIMENTO:**

- ✓ **Acima de 33 dias:** Aguardar novo ciclo menstrual para continuidade do método e/ou encaminhar para agendamento ou interconsulta médica (orientar uso de preservativo).

- **EFEITOS COLATERAIS MAIS FREQUENTES:**

- ✓ Ganho de peso;
- ✓ **Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura:** Tranquilizar usuária, geralmente a melhora é espontânea;
- ✓ **Alteração de humor:** Geralmente melhora espontânea;
- ✓ **Sangramento anormal:** Comum nos 3 primeiros meses*;
- ✓ **Se dor de cabeça severa ou alteração da visão:** Encaminhe para avaliação médica.

➤ **CONTRACEPTIVO INJETÁVEL TRIMESTRAL:**

Padronização: Acetato de medroxiprogesterona 150 mg

Prescrição: Médico

Renovação: Na ausência do profissional médico, o Enfermeiro poderá renovar a receita anterior e a mesma terá a validade de 3 meses, sendo necessário agendar avaliação médica para continuidade, troca e verificação de adaptação do método.

- **ORIENTAÇÕES QUANTO AO USO:**

- ✓ Injeção IM em intervalos de 12 a 13 semanas, sendo no máximo a cada 13 semanas (91 dias);
- ✓ Pode iniciar nos primeiros 5 dias do ciclo menstrual (preferencialmente no primeiro dia) ou nos 5 primeiros dias pós-parto se a paciente não estiver mantendo aleitamento materno;
- ✓ **Caso a paciente esteja mantendo a criança em aleitamento materno exclusivo a administração deve ser realizada somente a partir da 6ª semana pós-parto (45 dias);**
- ✓ Usar preservativo no mínimo nos primeiros 7 a 14 dias após aplicação;
- ✓ Esclarecer que o método não protege contra IST.

- **EM CASO DE ESQUECIMENTO:**

- **Acima de 91 dias da última aplicação:** Aguardar novo ciclo menstrual para continuidade do método e/ou encaminhar para agendamento ou interconsulta médica (orientar uso de preservativo).

- **EFEITOS COLATERAIS MAIS FREQUENTES:**

- ✓ Amenorreia (comum);
- ✓ Ganho de peso;

- ✓ **Sangramento anormal:** Comum nos 3 primeiros meses*;
- ✓ Demora no retorno da fertilidade;
- ✓ **Se dor de cabeça severa ou alteração da visão:** Encaminhe para avaliação médica*.

➤ **ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA:**

Padronização: Levonorgestrel 0,75 mg (02 comprimidos em dose única)

Prescrição: Médico / Enfermeiro

• **INDICAÇÃO (NÃO ULTRAPASSANDO 72 HORAS):**

- ✓ Relação sexual desprotegida, quando ocorrer um acidente contraceptivo ou uso incorreto do anticoncepcional;
- ✓ Rompimento ou uso incorreto do preservativo;
- ✓ 3 ou mais perdas consecutivas de comprimidos contraceptivos orais combinados;
- ✓ Expulsão do DIU;
- ✓ Coito interrompido em que ocorre derrame do sêmen na vagina;
- ✓ Cálculo incorreto do período fértil, erro no período de abstinência ou interpretação equivocada da temperatura basal;
- ✓ Nos casos de violência sexual, quando a mulher não estiver usando um método contraceptivo de alta eficácia (método hormonal, DIU ou laqueadura).
- ✓ **Após prescrição, orientar a mulher referente ao Planejamento Reprodutivo e riscos de ISTs.**

• **ORIENTAÇÕES:**

- ✓ Se ocorrer vômito dentro de 4 horas após a ingestão do comprimido, deve-se repetir a dose;
- ✓ Apesar da facilidade de acesso ao método, a contracepção de emergência **não deverá substituir as medidas de planejamento reprodutivo**, devendo ser **desencorajado** seu uso rotineiro pelo paciente.
- ✓ É necessário lembrar que o uso repetitivo ou frequente da Anticoncepção de Emergência (AE) compromete sua eficácia ao longo do tempo devido ao acúmulo das sucessivas taxas de falha por cada exposição.

- ✓ Não se recomenda mais a utilização de esquema fracionado, utilizado anteriormente, que consistia em tomar 1 comprimido de 0,75 mg de levonorgestrel assim que possível e outro comprimido igual 12 horas após o primeiro, já que não aumenta a eficácia e costuma gerar esquecimento do segundo comprimido, sendo assim, a posologia é em DOSE ÚNICA.

D. CONTRACEPÇÃO REVERSÍVEL DE LONGA AÇÃO

➤ DISPOSITIVO INTRAUTERINO - DIU

Padronização: DIU de Cobre

Prescrição: Médico / Enfermeiro

Inserção/retirada: Médico.

- **AO PROFISSIONAL ENFERMEIRO:** Cabe desenvolver ações educativas estimulando adesão ao DIU (para mulheres elegíveis) e fazer acompanhamento: Coleta de citopatológico quando necessário e avaliação de queixas;
- Esclarecer que o método não protege contra IST.
- **INDICAÇÃO:** Toda mulher, adolescente ou adulta, que preencha critérios de elegibilidade.
- A taxa de falha varia de 0,5 a 0,8%.

- **CONTRAINDICAÇÕES PARA USO DO DIU:**
 - ✓ Gravidez confirmada ou suspeita;
 - ✓ Infecção pós-parto ou pós-aborto;
 - ✓ Doença Inflamatória Pélvica (DIP) atual ou nos últimos 3 meses;
 - ✓ Cervicite purulenta;
 - ✓ Sangramento vaginal sem diagnóstico etiológico;
 - ✓ Tuberculose pélvica;
 - ✓ Antecedente pessoal de DIP por duas ou mais vezes;
 - ✓ Câncer cérvico-uterino, do endométrio, do ovário e coriocarcinoma;
 - ✓ Alterações anatômicas do útero que impeçam uma correta posição do DIU;
 - ✓ Sangramento menstrual aumentado (aumento da quantidade ou do número de dias);
 - ✓ Risco aumentado de IST (parceiros múltiplos ou parceiro com múltiplas parceiras);

✓ Doença trofoblástica benigna.

• **AVALIAR RISCO BENEFÍCIO DA INSERÇÃO DO DIU NOS SEGUINTE CASOS:**

- ✓ Nuliparidade;
- ✓ Anemia ferropriva, talassemia, anemia falciforme;
- ✓ Pós-parto e pós-aborto de segundo trimestre (inserção antes de completar 48 horas);
- ✓ Mioma ou outros problemas anatômicos que não alteram a cavidade uterina;
- ✓ História de DIP sem gravidez anterior;
- ✓ Vaginite sem cervicite (preferencialmente, tratar antes da inserção);
- ✓ Endometriose;
- ✓ Dismenorreia;
- ✓ Doença cardíaca valvar complicada (fibrilação com risco de tromboembolismo).
- ✓ **HIV/AIDS:** mulheres com HIV/AIDS que estejam em tratamento com antirretroviral e estejam clinicamente bem podem colocar o DIU se o desejar e devem ser acompanhadas sempre que surgirem sintomas como dor pélvica ou corrimento

• **ORIENTAÇÕES GERAIS E EFEITOS COLATERAIS MAIS COMUNS:**

- ✓ Alertar sobre sinais de febre, nos primeiros 20 dias após a inserção (pode ser indicativo de pelveperitonite, encaminhar para avaliação médica);
- ✓ Cólicas menstruais fortes podem ser mais frequentes nas usuárias do DIU. Solicitar USG transvaginal para verificar posicionamento inadequado e infecção;
- ✓ Hemorragia;
- ✓ **Atraso menstrual:** Realizar o teste rápido de gravidez ou solicitar BHCG. **Exames negativos**, repetir com 15 dias, e se persistir negativo, solicitar avaliação do ginecologista;
- ✓ Em caso de gravidez com DIU: sugerir avaliação do ginecologista de referência.

- **SEGUIMENTO DA MULHER APÓS INSERÇÃO:** Retorno em 6 semanas com o profissional que realizou a inserção, apresentando ultrassom transvaginal (**o profissional médico deverá fornecer a guia para a realização do USG transvaginal logo após a inserção**).

Em caso de inserção pós-parto, o acompanhamento deverá ser realizado na Unidade de referência.

FLUXO PARA INSERÇÃO DO DIU

- Acolhimento com consulta individual ou em grupo abordando aspectos éticos, legais e de direitos reprodutivos do homem e da mulher, explicando de forma simplificada o procedimento a ser realizado, tirando assim todas as dúvidas e angústias manifestadas pelos usuários;
- Entregar termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 3), lendo em conjunto com a mesma a fim de não haver dúvidas em relação ao processo de encaminhamento;
- Entregar o Certificado de participação no Planejamento Reprodutivo (Anexo 4);
- Solicitar USG transvaginal (Anexo 4) e **anexar ao pedido, uma cópia do Certificado de Planejamento Reprodutivo ao encaminhar para o Setor de regulação;**
- Prover a realização do preventivo antes da inserção, caso esteja com rastreamento em atraso;
- **Em unidades em que o profissional NÃO REALIZA a inserção do dispositivo:** Portando os resultados dos exames, encaminhar **via regulação** para Ambulatório de Planejamento Reprodutivo (Ambulatório de Especialidades), priorizando a inserção durante o ciclo menstrual (facilidade de inserção do método e descartar gestação);
- **Em unidades em que o profissional REALIZA a inserção do dispositivo:** Seguir fluxo interno para agendamento do procedimento na própria unidade;

INSERÇÃO DO DIU

- **O profissional responsável pelo procedimento deverá:**
 - ✓ Se certificar que a paciente não esteja grávida no dia da inserção, através do ciclo menstrual;
 - ✓ **Fornecer guia para realização de USG transvaginal para verificar posicionamento do DIU;**
 - ✓ A reinserção pode ser realizada no mesmo ato da extração de um DIU vencido.

PROCEDIMENTO PÓS-PARTO

- **O DIU poderá ser inserido no pós-parto imediato (até 48h) na Santa Casa de Suzano (antes de receber alta) e deve ser oferecido ainda no pré-natal com Termo de Consentimento livre e esclarecido assinado pela mulher (o mesmo deverá ser apresentado juntamente com a caderneta de gestante).**

- Fora desse período, aguardar entre 4 e 6 semanas após o parto (seguir o fluxo de inserção no **Ambulatório de Planejamento Reprodutivo ou na própria unidade**).
- O DIU pode também ser inserido logo após a curetagem por um abortamento não infectado. Deve-se ter maior cautela na mulher que amamente por existir maior risco de perfuração uterina.

➤ **IMPLANTE CONTRACEPTIVO**

Padronização: Implante de Etonogestrel (Implanon®)

Prescrição: Médico / Enfermeiro

Inserção/retirada: Médico.

INDICAÇÕES CONFORME LINHA DE CUIDADO MUNICIPAL:

• **PACIENTES VULNERÁVEIS / PRIORIDADE:**

- 1) Mulheres em risco social: Situação de rua/ dependentes de substâncias psicoativas/ submetidas à violência doméstica/ com distúrbios psiquiátricos/ síndromes genéticas;
- 2) Mulheres vivendo em regiões de alta vulnerabilidade;
- 3) Mulheres soropositivas para o HIV;
- 4) Mulheres com classificação quatro (4) para todos os métodos contraceptivos reversíveis, disponíveis no serviço, e de acordo com os critérios de elegibilidade de métodos contraceptivos da OMS, 2015 contidos no “Medical eligibility criteria for contraceptive use -- 5th ed. World Health Organization, 2015 - ISBN 978 92 4 154915 8”.

• **SITUAÇÕES DE CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA (CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE 4):**

- ✓ Câncer de mama atual;
- ✓ Gestação.

• **SITUAÇÕES EM QUE AS DESVANTAGENS DO MÉTODO SUPERAM SUAS VANTAGENS (CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE 3):**

- ✓ Distúrbio tromboembólico venoso e/ou arterial ativo;

- ✓ Presença ou histórico de doença hepática grave, enquanto os valores dos testes de função hepática não retornarem ao normal;
- ✓ Tumores dependentes de progestagênio;
- ✓ Sangramento vaginal não diagnosticado.

• **APLICABILIDADE:**

- ✓ **A candidata deverá estar cadastrada e/ou em acompanhamento pela Rede Municipal de Saúde;**
- ✓ Após identificar a elegibilidade da paciente, e diante do desejo manifestado pela mulher, entregar termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 5), lendo em conjunto com a mesma a fim de não haver dúvidas em relação ao processo de encaminhamento. Manter uma cópia do processo em prontuário;
- ✓ É obrigatório a leitura, o preenchimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela usuária ou pelo responsável legal no caso de menor de 18 anos ou de incapacidade civil;
- ✓ A Unidade deverá encaminhar a referência e contrarreferência, junto com a cópia do termo de consentimento livre e esclarecido para o e-mail redcegonha@suzano.sp.gov.br;
- ✓ Após aprovação pelo Grupo Condutor da Rede Cegonha seguindo os critérios acima, a Unidade receberá o e-mail contendo data e horário do procedimento, sendo necessário entrar em contato com a paciente para informá-la;
- ✓ Em caso de inserção na Maternidade (pós-parto), o processo de avaliação de elegibilidade e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 5), serão realizados na própria instituição.
- ✓ **Para realização da troca/retirada do dispositivo, seguir o mesmo fluxo de inserção, sendo que na retirada, não é necessário preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**

OBSERVAÇÃO: Casos de exceção deverão ser discutidos com os representantes do Grupo Condutor da Rede Cegonha.

• **ORIENTAÇÕES GERAIS:**

- ✓ Aconselhar prática sexual protegida até 72 horas pós-inserção do implante subcutâneo e que o método não protege contra ISTs;
- ✓ Aconselhar a paciente que o curativo poderá ser retirado após 24 horas (no dia seguinte);

- ✓ Aconselhar a paciente a guardar o cartão Utilizador em local seguro, pois a informação que se encontra neste poderá facilitar, mais tarde, a remoção;
- ✓ Aconselhar a mulher a sentir o implante e caso não haja a percepção deste, a mesma deve procurar imediatamente a unidade para avaliação e uso de um método alternativo (preservativo) até a certeza de que o implante encontra-se no local adequado.

- **MANEJO DE INTERCORRÊNCIAS E EFEITOS ADVERSOS:**

- **SANGRAMENTO IRREGULAR DESFAVORÁVEL:**

- ✓ <1 mês: Orientar sobre padrão previamente esperado;
- ✓ >1 mês: Orientar, observar e encaminhar para consulta com o profissional que realizou a inserção;

- **SEGUIMENTO DA MULHER APÓS INSERÇÃO:** Retorno em 6 meses com o profissional que realizou a inserção, para avaliação de adaptação ao método.

2.3.2. Métodos contraceptivos disponíveis em Suzano: Métodos irreversíveis

A. LAQUEADURA BILATERAL FORA DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

- **CrITÉRIOS:**

- ✓ Capacidade civil plena;
- ✓ 25 anos **OU** 02 filhos vivos (**apenas 1 destes critérios torna a paciente elegível**);
- ✓ **Prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade** (assinatura do Termo de Consentimento) e o ato cirúrgico (período para refletir sobre os métodos reversíveis e evitar a esterilização precoce).

B. LAQUEADURA BILATERAL DURANTE O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

- **CrITÉRIOS:**

- ✓ Capacidade civil plena;
- ✓ **Mulheres com 25 anos OU 2 filhos vivos E 2 ou mais cesáreas prévias podem realizar a próxima cesárea eletiva com laqueadura.** Encaminhar referência e contrarreferência ao setor de regulação, para agendamento da Entrevista com a Equipe de Planejamento Reprodutivo da Santa Casa de Suzano (**o encaminhamento deverá ser enviado dentre a 20ª e 25ª semanas de gestação**).
- ✓ **Risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório e assinado por dois médicos no momento do parto, não sendo necessário a participação no processo de Planejamento Reprodutivo (BRASIL, 1996).**

IMPORTANTE: O Termo de Consentimento deve ter data com 60 dias antes da previsão do parto.

C. VASECTOMIA

- **CrITÉRIOS:**

- ✓ Capacidade civil plena;
- ✓ 25 anos **OU** 2 filhos vivos (**apenas 1 destes critérios torna o paciente elegível**);
- ✓ **Prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade** (assinatura do Termo de Consentimento) e o ato cirúrgico (período para refletir sobre os métodos reversíveis e evitar a esterilização precoce);
- ✓ Orientar o usuário em relação ao procedimento de vasectomia;
- ✓ Orientar cuidados pós-procedimento, bem como realização de espermograma para comprovar azoospermia.

LAQUEADURA BILATERAL FORA DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E VASECTOMIA

- Participação na atividade educativa em grupo, sendo realizadas 2 reuniões, com a presença do casal em pelo menos uma;

1ª REUNIÃO

- Abordar aspectos éticos, legais e de direitos reprodutivos do homem e da mulher, explicando de forma simplificada o procedimento cirúrgico a ser realizado, tirando assim todas as dúvidas e angústias manifestadas pelos usuários;
- Solicitar exames pré-operatórios* (conforme Anexos 6 ou 7);
- Entregar termo de consentimento livre e esclarecido (Anexos 8 ou 9), lendo em conjunto com os mesmos a fim de não haver dúvidas em relação ao processo de encaminhamento, lembrando sempre ao casal/paciente sobre o risco de uma cirurgia e que o método é considerado na prática **IRREVERSÍVEL**;
- Fornecer relação de documentos necessários, (conforme Anexo 10), (os documento deste item, do anterior e resultado de exames deverão ser apresentados na 2ª reunião).

2ª REUNIÃO

- Conferir documentação necessária;
- Conferir presença da assinatura da paciente e do cônjuge, que é necessária apenas em caso de “SOCIEDADE CONJUGAL” (trata-se de um casal com vida em comum, não necessariamente casados formalmente);
- Verificar resultado dos exames;
- Preencher impressos necessários, (conforme Anexos 11 e 12), (Inscrição Planejamento Familiar, referência e contrarreferência);
- Entregar o Certificado de participação no Planejamento Reprodutivo (Anexo 4);
- Os documentos e exames deverão ficar em posse do paciente, sendo necessário apresentá-los no dia da avaliação com a equipe multidisciplinar;
- Enviar referência e contrarreferência ao setor de Regulação, para avaliação com a Equipe de Planejamento Reprodutivo - Santa Casa de Suzano* (***Enviar em malote identificado como PLANEJAMENTO REPRODUTIVO o SADT de ECG (em caso de laqueadura) e Referência e Contrarreferência.)**

LAQUEADURA BILATERAL DURANTE O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

- Realizar a 1ª reunião em tempo hábil para encaminhar a documentação ao setor de Regulação dentre a 20ª e 25ª semanas de gestação. O processo de Planejamento Reprodutivo deverá ser oferecido durante a 1ª consulta do pré-natal;
- Participação na atividade educativa em grupo, sendo realizadas 2 reuniões, com a presença do casal em pelo menos uma;
- Identificar elegibilidade: **25 anos OU 2 filhos vivos E com 2 ou mais cesáreas prévias;**
- Caso a paciente não se enquadre nos critérios acima, deverá retornar para participação do Planejamento Reprodutivo apenas após o parto;
- Referência e contrarreferência enviada fora do critério, será devolvida à Unidade;

1ª REUNIÃO

- Abordar aspectos éticos, legais e de direitos reprodutivos do homem e da mulher, explicando de forma simplificada o procedimento cirúrgico a ser realizado, tirando assim todas as dúvidas e angústias manifestadas pelos usuários;
- Solicitar exames pré-operatórios* (conforme Anexo 6);
- Entregar termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 8), lendo em conjunto com os mesmos a fim de não haver dúvidas em relação ao processo de encaminhamento, lembrando sempre ao casal/paciente sobre o risco de uma cirurgia e que o método é considerado na prática **IRREVERSÍVEL;**
- Fornecer relação de documentos necessários, (conforme Anexo 10), (os documento deste item, do anterior e resultado de exames deverão ser apresentados na 2ª reunião).
- **Enviar SADT de ECG ao setor de Regulação, em malote identificado como PLANEJAMENTO REPRODUTIVO.**

2ª REUNIÃO

- Conferir documentação necessária;
- Conferir presença da assinatura da paciente e do cônjuge, que é necessária apenas em caso de “SOCIEDADE CONJUGAL” (trata-se de um casal com vida em comum, não necessariamente casados formalmente);
- Verificar resultado dos exames;

- Preencher impressos necessários, (conforme Anexos 11 e 12), (Inscrição Planejamento Reprodutivo, referência e contrarreferência);
- Entregar o Certificado de participação no Planejamento Reprodutivo (Anexo 4);
- Os documentos e exames deverão ficar em posse da paciente, sendo necessário apresentá-los no dia da avaliação com a equipe multidisciplinar;
- **Enviar referência e contrarreferência ao setor de Regulação dentre a 20ª e 25ª semanas de gestação, para avaliação com a Equipe de Planejamento Reprodutivo- Santa Casa de Suzano*.**

*** Enviar em malote identificado como PLANEJAMENTO REPRODUTIVO.**

2.3.3. Anticoncepção na adolescência

O uso de anticoncepcionais em adolescentes, apesar de ampla evidência científica sobre o assunto, ainda é tabu entre os profissionais de saúde. Embora as estratégias de prevenção à gravidez na adolescência tenham evoluído, ainda permanecem dúvidas e preconceitos, dificultando acesso à contracepção para esse público, não só por desconhecimento técnico, mas com frequência por desaprovação pessoal à atividade sexual nessa fase de vida.

O planejamento familiar precisa ser abordado com os adolescentes em especial para populações com vulnerabilidade social, onde a prevalência é maior. Dados do Ministério da Saúde mostram que embora entre 2000 e 2015 tenha ocorrido um decréscimo de 4% nas gestações de adolescentes entre 15 e 19 anos, em 2014 nasceram 28.244 crianças filhos de meninas entre 10 e 14 anos e 534.364 crianças de mães com idades entre 15 e 18 anos.

- **Aspectos éticos e legais:**

- ✓ É direito do adolescente a garantia da privacidade e sigilo de consulta, independentemente da idade, de ser atendido sozinho ou acompanhado por adulto, inclusive durante o exame físico.
- ✓ Considera-se adolescente indivíduos entre 12 e 18 anos (Artigo 2 do ECA, Lei 8069/1990) e em casos expressos em lei, excepcionalmente, pessoas até 21 anos de idade.
- ✓ A quebra de sigilo é prevista em casos de suspeita e/ou certeza de violência sexual, em diagnóstico confirmado de HIV/AIDS e de gravidez em menores de 18 anos, devendo ser realizado com a conhecimento do adolescente, mesmo que ele não concorde. (Artigo 74 do Código de Ética Médica).

- ✓ Em relação à prescrição de anticoncepcionais para menores de 14 anos, a presunção de estupro deixa de existir quando o profissional possui informação de sua não-ocorrência.
- ✓ O avanço do suporte legal na proposta ética é dado pelo ECA (1990) e pela revisão da ONU na Conferência Mundial de População e Desenvolvimento.
- ✓ Sobre a anticoncepção de emergência o adolescente tem direito de ser informado. O Conselho Federal de Medicina emitiu parecer favorável à anticoncepção de emergência na RESOLUÇÃO Nº 1.811, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2006: “Aceitar a Anticoncepção de Emergência como método alternativo para a prevenção da gravidez, por não provocar danos nem interrupção da mesma.
- ✓ O adolescente tem direito a educação sexual e acesso aos métodos contraceptivos, com boa indicação clínica. O profissional de saúde não fere nenhum preceito ético, não devendo temer nenhuma penalidade legal.

Além da questão da gravidez precoce e não desejada, o início da vida sexual expõe os adolescentes às IST e HIV/ AIDS, gestação de risco e aborto, além de transtornos de saúde mental. Nesse sentido é importante que os serviços de saúde, em especial na Atenção Primária, tenham condições de oferecer acesso ao uso de métodos contraceptivos de barreira, principalmente o preservativo masculino, assim como outros métodos contraceptivos.

3. PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

No Brasil, o câncer de colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Com exceção do câncer de pele, esse tumor é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente.

Um programa integral de prevenção e controle do câncer do colo do útero tem três componentes interdependentes: a prevenção primária, sendo esta através da vacinação contra o HPV dos adolescentes e educação sexual, a secundária com o rastreamento e tratamento das lesões precursoras do câncer de colo e a terciária com a oferta de tratamento oportuno do câncer e cuidados paliativos.

É fundamental garantir o acesso a rastreamento em consultas agendadas e/ou em demanda espontânea/opportunística. A citologia oncológica é o exame de rastreamento universal para o câncer de colo do útero e sua realização é recomendada para todas as mulheres entre 25 e 64 anos, independentemente da orientação sexual, incluindo mulheres que fazem sexo com outras mulheres que já tenham tido penetração (grupo que menos se submete ao exame) e homens trans.

Para que seja conferida a cobertura do rastreamento da população definida como alvo e sua efetividade, é necessário que haja uma taxa de cobertura de, no mínimo, 80% da população. Isso pode interferir diretamente na mortalidade por câncer de colo do útero, reduzindo pela metade a ocorrência de óbito por esta causa.

O enfermeiro tem um papel singular no processo de promoção à saúde, prevenção e acompanhamento do câncer de colo uterino, sendo a consulta de enfermagem uma ferramenta importante para adesão a acompanhamento à saúde da mulher.

É necessário que as barreiras entre as mulheres pertencentes às populações vulneráveis como as em situação de rua, privadas de liberdade, população lésbica, gays, bissexuais, travestis, transexuais ou transgêneros, queers e intersex (LGBTQI+), dentre outras, sejam minimizadas, para que elas tenham um acolhimento integral e resolutivo levando em conta suas particularidades (BRASIL, 2016).

Será considerado para o rastreamento efetivo o intervalo preconizado pelo Ministério da Saúde. Após 2 exames anuais consecutivos negativos, o espaçamento poderá ser trienal (vide Quadro 6).

Se alterações suspeitas no colo forem detectadas no exame especular, independentemente da idade/aprazamento, é permitido realizar a coleta. O mesmo vale em casos de relato de sangramento vaginal depois das relações sexuais, no intervalo entre as menstruações ou após a menopausa.

Como medidas preventivas, o enfermeiro deve informar à paciente que alguns fatores aumentam a predisposição para a doença: sexo desprotegido, multiplicidade de parcerias sexuais, tabagismo, sexarca precoce, multiparidade.

Para que o rastreamento seja eficaz, é importante levar em conta a utilização correta da técnica de coleta, o transporte e conservação adequados da amostra. Para garantir boa representação celular do epitélio do colo do útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical (endocérvice) coletada com escova apropriada e da ectocérvice, coletada com espátula tipo ponta longa (espátula de Ayre).

Muitas vezes o profissional se depara com situações especiais que suscitam dúvidas sobre a coleta da citologia oncótica.

O Quadro 4 procura explicitar as situações referentes a coleta de citopatológico, dando direcionamento ao profissional enfermeiro na prática ginecológica durante a consulta de enfermagem.

Quadro 4 - Recomendações para Coleta de Citopatológico em Mulheres na Faixa Etária de 25 a 64 Anos

| Situações | Recomendações |
|---|---|
| Mulheres que não iniciaram a vida sexual | <ul style="list-style-type: none"> • Não há indicação para rastreamento do câncer de colo do útero e seus precursores nesse grupo de mulheres. |
| Gestantes Coleta realizada por médicos e enfermeiros | <ul style="list-style-type: none"> • Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres (25 a 64 anos); • Fazer a coleta preferencialmente entre 16-28 semanas de gestação; • Ainda que não haja evidência contraindicando a coleta de endocérvice na gestação, sugere-se que a mesma não seja realizada uma vez que ocorrências indesejáveis durante a gestação, como sangramentos espontâneos ou mesmo abortamento, podem ser relacionados pela gestante à coleta realizada. Assim, realizar coleta apenas da ectocérvice e inspeção visual do colo uterino, estando atento para alterações anatômicas. |
| Puerpério | <ul style="list-style-type: none"> • Para as mulheres que se encontram no período pós-parto, recomenda-se a realização da citologia oncótica, e outros procedimentos para acompanhar alterações no colo do útero, a partir de 90 dias após o parto. |
| Climatério e pós-menopausa | <ul style="list-style-type: none"> • Devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres; • Na eventualidade de o laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente de atrofia epitelial ou a mulher apresentar vaginite/colpíte atrófica que dificulte a coleta (sem queixas), encaminhar para avaliação médica. |

| | |
|--|---|
| <p>Histerectomizadas</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Em caso de histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve seguir rotina de rastreamento; • Em caso de histerectomia total: Não se faz mais rastreamento, pois a possibilidade de encontrar lesão é desprezível; <p>Exceção: Se a histerectomia foi realizada como tratamento de câncer de colo do útero ou lesão precursora (ou foram diagnosticados na peça cirúrgica), seguir o protocolo de controle de acordo com o caso, realizando a coleta na porção final da vagina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesão precursora – Controles cito/colposcópicos semestrais até dois exames consecutivos normais; • Câncer invasor – Controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual. |
| <p>Mulheres infectadas pelo vírus HIV, imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e em uso crônico de corticoides</p> | <ul style="list-style-type: none"> • O exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual (não há idade mínima), com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão, inclusive depois dos 64 anos (não há idade máxima); • Em mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³, deve ser priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, deve ser realizado rastreamento citológico a cada seis meses; • Considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina. |
| <p>Mulheres que buscam a Unidade para realização da citologia oncológica em função de corrimentos</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Embora a avaliação de corrimentos vaginais não demande a coleta de colpocitológico, a queixa deve ser avaliada no momento do exame e tratada quando necessário, não descartando a oportunidade de realizar a coleta do material se o motivo de contato da mulher se deu pelo corrimento; • Em alguns casos, como na suspeita de tricomoníase, recomenda-se tratar a mulher e reagendar a coleta do material cervical em 03 meses, pelo risco de prejuízo da amostra. |

• **Diagnóstico citopatológico dentro da normalidade** (seguir rotina de rastreamento):

- ✓ Dentro dos limites da normalidade;
- ✓ Metaplasia escamosa imatura;
- ✓ Reparação Alterações celulares benignas reativas ou reparativas;
- ✓ Achados microbiológicos: Lactobacillus sp, Cocos, Bacilos Supraplasmáticos (Gardenerella/ Mobiluncus), Cândida sp.
- ✓ Atrofia com inflamação;
- ✓ Indicativo de Radiação;
- ✓ Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após menopausa

- **Pré-requisitos, preparo e coleta do exame Citopatológico: Seguir orientações conforme POP nº 31, utilizando a SAE em anexo (Anexo 1).**

Abaixo encontram-se imagens dos achados mais frequentes no exame especular, divididos em normais e alterados.

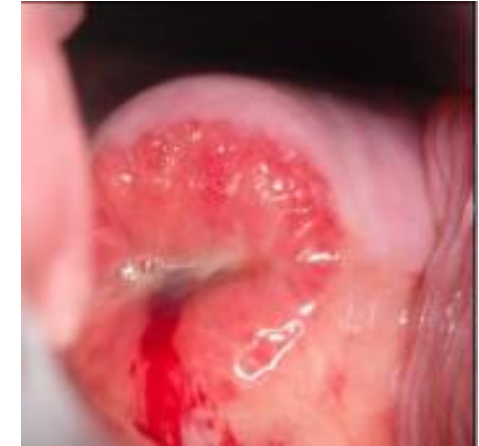
Exame especular normal



Nulípara: Colo róseo, sem ectopia, óstio puntiforme, leucorreia fisiológica.



Colo róseo, ectopia discreta periorifical, óstio puntiforme, presença de fios do DIU no óstio externo, cistos de Naboth em lábio anterior, leucorreia fisiológica.



Colo róseo, ectopia extensa, presença de sangramento ativo em óstio externo, óstio em fenda, leucorreia fisiológica.



Multípara: Colo corado, ectopia presente, óstio em fenda sugestivo de laceração cervical prévia, leucorreia fisiológica.



Climatério/menopausa: Colo hipocorado, sem ectopia, óstio puntiforme com atrofia, muitas vezes apresenta petéquias e/ou é friável. **Considerar estrogenização local conforme Quadro 4.**



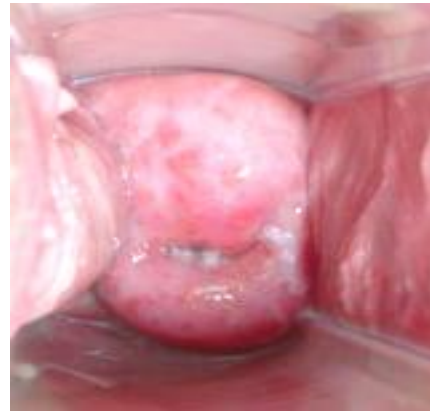
Cistos de Naboth: achados normais no exame especular.

Exame especular alterado



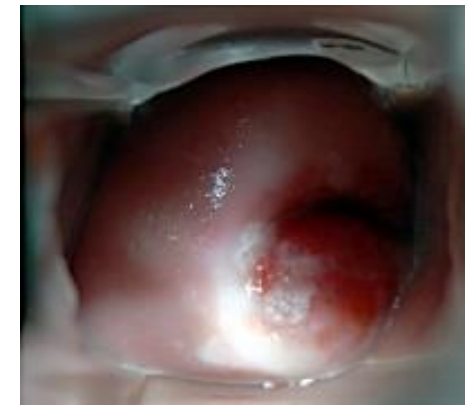
Colo com sinais de inflamação, hiperemiado, com presença de leucorreia em grumos brancos (aspecto de leite qualhado) sugestivo de colpíte por *Candida Albicans*.

Tratar conforme Quadro 1



Colo com sinais de inflamação, hiperemiado, com aspecto framboesa sugestivo de colpíte por *Trichomonas vaginalis*

Tratar conforme Quadro 1 e coletar C.O. (se uso de creme vaginal, realizar coleta 48h após término do tratamento)



Colo com lesão macroscópica em lábio posterior, provável lesão condilomatosa saliente. Realizar coleta de C.O. e encaminhar para avaliação médica.



Colo com presença de mucopus em óstio externo sugestivo de cervicite por *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis*.

Encaminhar para avaliação médica



Colo com presença de pólipó exteriorizado através do óstio externo. **Encaminhar para avaliação médica, se queixa de sangramento vaginal e/ou dispareunia.**

Quadro 5 - Diagnósticos e intervenções de enfermagem no rastreamento de câncer de colo de útero - Nanda e NIC / CIPE

| Diagnóstico | Intervenção |
|--|--|
| Nanda 2018-2020 | |
| Comportamento de saúde propenso a risco | <ul style="list-style-type: none"> • Discutir as experiências com intervenções similares e a receptividade a elas; • Estabelecer a finalidade e as metas; • Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito; • Facilitar a aprendizagem. |
| Controle ineficaz da saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre as razões e a finalidade das avaliações e do automonitoramento da saúde; • Oferecer as informações adequadas para automonitoramento durante a avaliação. |
| Disposição para controle de saúde melhorado | <ul style="list-style-type: none"> • Encorajar relacionamentos com pessoas que têm interesses e metas comuns; • Encorajar atividades sociais e comunitárias; • Promover situações que encorajem a autonomia do paciente. |
| Risco para baixa autoestima situacional | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar as declarações de autovalorização do paciente; • Determinar a confiança do paciente no próprio julgamento; • Encorajar o paciente a identificar os pontos fortes; • Reforçar os pontos positivos pessoais identificados pelo paciente. |
| Enfrentamento ineficaz | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o impacto da situação de vida do paciente nos papéis e nas relações; • Encorajar o paciente a identificar uma descrição realista da mudança de papel; • Avaliar a compreensão que o paciente tem do processo de doença; • Avaliar e discutir respostas alternativas à situação. |
| CIPE 2018 | |
| Aceitação da condição de saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar e aconselhar a paciente; • Avaliar satisfação com atenção à saúde; • Colaborar com a paciente; • Promover comportamento de procura de saúde. |
| Adesão ao regime terapêutico | <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar e aconselhar a paciente; • Obter dados sobre adesão ao regime terapêutico; • Avaliar plano de cuidado; • Contratualizar adesão. |
| Ansiedade | <ul style="list-style-type: none"> • Aconselhar a paciente sobre ansiedade; • Orientar sobre manejo da ansiedade; • Gerenciar ansiedade. |

| | |
|----------------------------|--|
| Autocuidado | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar autocuidado; • Avaliar comportamento sexual; • Avaliar uso de contraceptivo. |
| Autoestima positiva | <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar e aconselhar a paciente; • Apoiar autoestima positiva; • Reforçar comportamento positivo. |

3.1. Colposcopia

O câncer cervical e a neoplasia pré-invasiva constituem importantes problemas da saúde da mulher. No entanto, a detecção precoce e o tratamento das lesões suspeitas são eficazes na prevenção do câncer invasor.

O diagnóstico precoce de tais lesões baseia-se no sistema clássico, que compreende o rastreamento citológico, a localização colposcópica das atipias detectadas à citologia, e um diagnóstico histológico, por meio de biópsias colposcopicamente orientadas. Portanto, tais recursos diagnósticos são indispensáveis à rotina ginecológica.

As lesões de alto grau, na maioria das vezes induzidas pelo Papilomavírus humano (fator de grande importância na oncogênese cervical e vaginal), poucas vezes podem ser vistas a olho nu.

A maioria pode ser identificada somente pela colposcopia, que deve ser considerada como padrão ouro em patologia do trato genital inferior.

Dito isso, e levando em consideração a alta demanda desse exame no município, seguem as indicações para sua solicitação:

Quadro 6 - Recomendações e condutas conforme os resultados do exame citopatológico de colo uterino

| Resultado | Especificação | Recomendações |
|--|---|--|
| Atipias de significado indeterminado (ASCUS) | Em células escamosas, provavelmente não neoplásica (ASC-US) | Encaminhar para a colposcopia (médico/enfermeiro). |
| Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC) | Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H) | Encaminhar para a colposcopia (médico/enfermeiro). |
| | Em células glandulares, provavelmente não neoplásica. Não se pode afastar lesão de alto grau. | Encaminhar para a colposcopia (médico/enfermeiro). |
| Células atípicas de origem indefinida (AOI) | De origem indefinida, provavelmente não neoplásica. Não se pode afastar lesão de alto grau. | Encaminhar para a colposcopia (médico/enfermeiro). |
| Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) | — | Encaminhar para a colposcopia (médico/enfermeiro). |
| Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL) | — | Encaminhar para a colposcopia com urgência (médico/enfermeiro). |
| Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma escamoso invasor | — | Encaminhar para a colposcopia com urgência (médico/enfermeiro). |
| Adenocarcinoma in situ (AIS) ou invasor | — | Encaminhar para a colposcopia com urgência (médico/enfermeiro). |
| Amostra insatisfatória | — | Repetir o exame em 3 meses com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório |
| Amostra satisfatória, porém, com presença de células escamosas, apenas | — | Repetir o exame com intervalo de 01 ano, e com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de 3 anos |

Além das indicações descritas no Quadro 6, incluem os sintomas clínicos (**encaminhamento médico**):

- Prurido vulvar crônico e condilomatose vulvoperineal;
- Controle pós-tratamento de lesões pré-invasivas e invasivas em colo, vagina e vulva;
- Pré operatório de intervenções do trato genital;
- Aspecto anormal em colo e vagina no exame a olho nu.

Observação: Mulheres imunossuprimidas, como as infectadas pelo HIV, em situação de imunocomprometimento ou em uso de imunossupressores, devem ser encaminhadas para colposcopia após o primeiro exame citopatológico mostrando LSIL.

A orientação do período de controle, cabe ao ginecologista responsável pelo acompanhamento da paciente.

Os resultados deverão ser registrados em planilha própria, para realização de busca ativa e acompanhamento.

3.1.1. Pré-requisitos

- Resultado do exame de colpocitologia oncótica recente (até um ano);
- Descrição detalhada do quadro clínico apresentado em referência específica (Anexo 13).

3.1.2. Profissionais solicitantes

- ✓ Clínico geral;
- ✓ Generalista;
- ✓ Ginecologista;
- ✓ Enfermeiro (**para os casos do exame de Papanicolau alterado**).

3.2. Ações de rastreamento

Os registros são recursos importantes para coletar informações sobre os casos de câncer e as mortes dele decorrentes. Esses dados podem ser analisados para obter informações sobre a ocorrência e as tendências do câncer da população definida e para avaliar o impacto do programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero, contribuindo para a tomada de decisões.

A conduta de monitoramento e avaliação de todo programa de saúde tem por finalidade assegurar que se desenvolvam e apliquem processos e sistemas de tal maneira que os serviços prestados sejam de boa qualidade e maximizem os benefícios para a população-alvo.

Com o novo formato de financiamento da Atenção Básica, a cobertura de exame citopatológico tornou-se um dos indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa PREVINE BRASIL, sendo assim, o parâmetro é atingir acima de 80% do público-alvo, tendo como meta inicial cobertura de 40%, aumentando ano a ano essa taxa.

As ações de rastreamento e voltadas à Saúde da Mulher serão enviadas, via memorando, orientando sobre as estratégias para atingimento da meta, propostas de sensibilização e agendamentos, assim como qualquer atualização que se fizer necessária sobre o assunto.

Os resultados deverão ser registrados em planilha própria, para realização de busca ativa e acompanhamento.

4. PREVENÇÃO DE CÂNCER DE MAMA

4.1. Ações de rastreamento

O câncer de mama é o que mais acomete mulheres em todo o mundo, constituindo a maior causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento. No Brasil, é o segundo tipo mais incidente na população feminina.

Trata-se de uma condição muitas vezes relacionadas a fatores de risco que aumentam as possibilidades do surgimento da doença, tais como: menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, primeira gestação após 30 anos, antecedentes familiares de câncer de mama (especificamente na mãe e nas irmãs), excesso de peso, sedentarismo, exposição à radiação ionizante e terapia de reposição hormonal.

Mulheres que apresentam **risco elevado para a doença** (cerca de 1% da população) devem iniciar o rastreamento com exame clínico das mamas (ECM) e **mamografia anuais** iniciando 10 anos antes da idade do diagnóstico do parente mais jovem (não antes dos 30 anos), sendo classificadas conforme os seguintes critérios:

- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama ou ovário, abaixo dos 50 anos de idade;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ;

O **aprazamento das mamografias de rastreamento** deverá seguir a rotina sugerida pelo Ministério da Saúde, conforme quadro abaixo:

Quadro 7 – Aprazamento das mamografias de rastreamento

| Achado clínico | Explicação |
|-----------------------------|---|
| Mulheres de 50 – 69 anos | ECM sob demanda e a mamografia a cada dois anos. |
| Mulheres com risco elevado* | Devem realizar rastreamento anual com mamografia iniciando 10 anos antes da idade do diagnóstico do parente mais jovem (não antes dos 30 anos). |

ECM = Exame Clínico das Mamas

* Parente de 1º grau (mãe, irmã ou filha) com CA de Mama na pré-menopausa ou CA de Mama bilateral ou CA de ovário;
Parente de primeiro grau com CA de Mama masculina;
Mulher com biópsia de Mama com Hiperplasia atípica ou carcinoma lobular “in situ”

Abaixo, no **Quadro 6**, encontram-se os resultados da mamografia e as condutas a serem tomadas pelo enfermeiro.

Quadro 8 - Resultados da Mamografia e Condutas da Atenção Básica no Rastreamento de Câncer de Mama

| Achado clínico | Explicação |
|--|---|
| 0 – Inconclusivo | Encaminhamento para Médico ou interconsulta com o mesmo para avaliar seguimento/encaminhamento imediatos. |
| 1 – Sem achados | Rotina de rastreamento. |
| 2 – Achado benigno | Rotina de rastreamento. |
| 3 – Achado provavelmente benigno | Encaminhamento para Médico ou interconsulta com o mesmo para avaliar seguimento/encaminhamento imediatos. |
| 4 – Achado suspeito¹ | Encaminhamento para Médico ou interconsulta com o mesmo para avaliar seguimento/encaminhamento imediatos ¹ . |
| 5 – Achado altamente suspeito¹ | |
| 6 – Achado com diagnóstico de câncer, mas não tratado¹ | |

¹O(a) enfermeiro(a), deverá entrar em contato com o Ambulatório Médico de Especialidades – AME de Mogi das Cruzes para agendamento de avaliação médica, sem a necessidade do encaminhamento pelo médico da Unidade. **Na ausência deste serviço, seguir orientação do quadro acima.**

Contato: lca@amemogi.spdm.org.br (LCA@AMEMOGI.SPDM.ORG.BR) Tel.: [\(11\) 995140957](tel:(11)995140957)

4.2. Ações mediante a presença ou relato de sinais ou sintomas

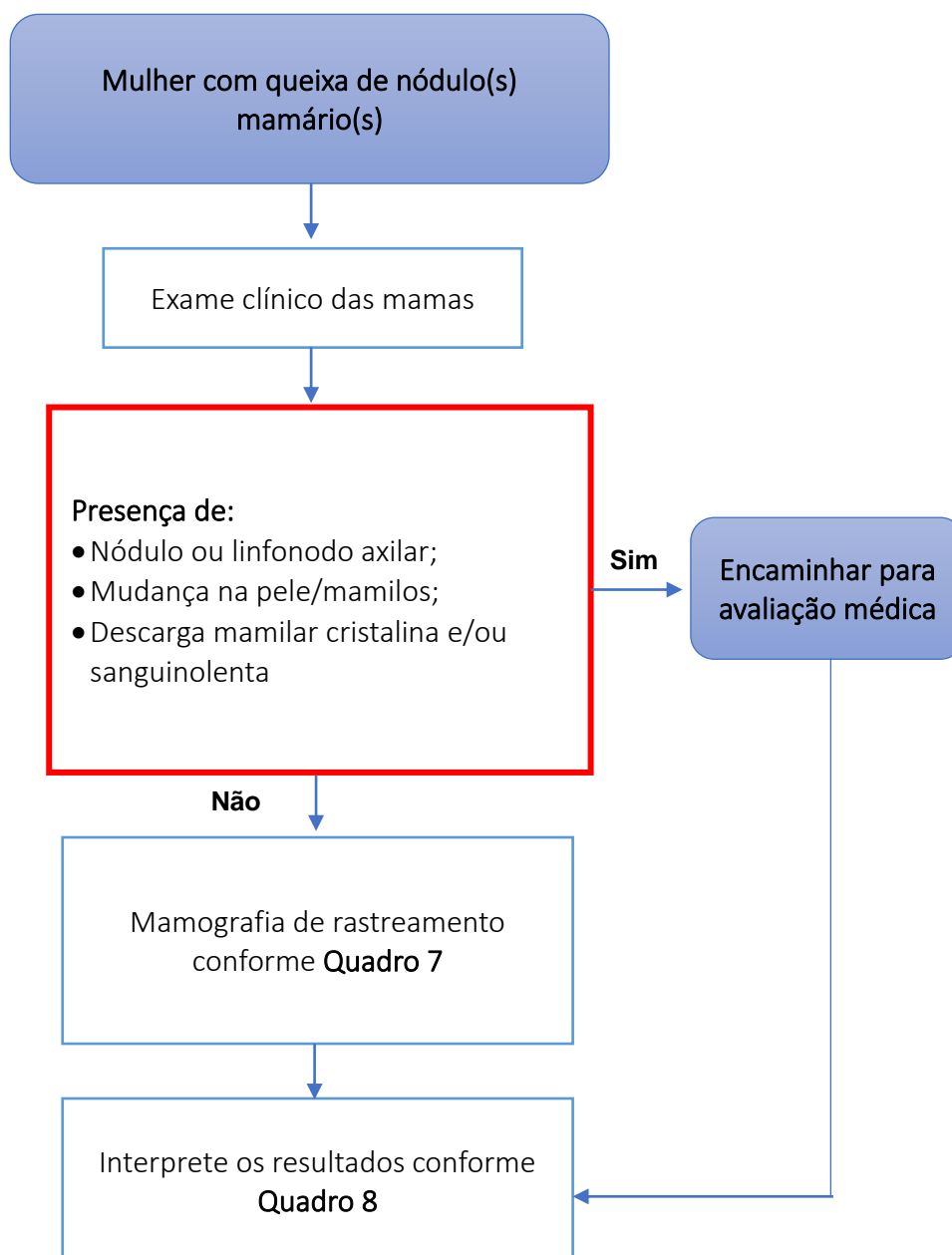
Diante dos seguintes sinais e sintomas, o enfermeiro deverá realizar interconsulta com o Médico para pactuação da conduta ou encaminhar a paciente para a consulta médica:

- Qualquer nódulo mamário;
- Descarga papilar sanguinolenta unilateral;
- Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos;
- Presença de linfadenopatia axilar;

- Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja;
- Retração na pele da mama;
- Mudança no formato do mamilo.

Tais sinais podem servir de evidência para alguma alteração possivelmente grave nas mamas, e por isso exames complementares se fazem necessários para uma adequada investigação, conforme **Fluxograma 4** abaixo:

Fluxograma 4 – Mulher com queixa de nódulo(s) mamários



4.3. Mastalgia e outros sintomas mamários

A mastalgia é uma queixa muito comum nos atendimentos de rotina. Pode estar relacionada, na maioria das vezes, com processos fisiológicos do organismo feminino modulados pelo sistema endócrino ou até mesmo como sintoma de gestação.

Como regra, sinais e sintomas que desaparecem totalmente após a menstruação raras vezes são causados por processos malignos. Em algumas situações a mastalgia pode estar relacionada ao uso de contraceptivos hormonais (principalmente com altas dosagens de estrogênio) ou terapias de reposição hormonal, pois o uso de hormônios pode agravar o desconforto nas mulheres mais sensíveis, sendo contraindicados nos casos de mastalgia mais acentuada.

As alterações funcionais benignas da mama, antes equivocadamente denominadas “displasias mamárias”, são variações da fisiologia normal da glândula mamária nas suas transformações evolutivas e involutivas ao longo do ciclo de vida da mulher. Como entidade clínica, essas alterações podem ser definidas como uma síndrome caracterizada por dor mamária e nodularidade, que pode ser difusa ou localizada, em uma ou em ambas as mamas.

Diante da queixa de mastalgia, muitas vezes a elucidação da sua relação com processos fisiológicos para a paciente é uma conduta suficiente para maior tolerância à dor e desmistificação deste sintoma como indicativo de casos de câncer. Entretanto é importante apurar a presença de alterações mamárias por meio do ECM e seguir as orientações conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (Quadro 7 adaptado):

Quadro 9 - Condutas para Mastalgia e/ou Outras Queixas Mamárias

| Situação | Condutado Enfermeiro |
|---|--|
| Mastalgia com febre (>38°C) | <ul style="list-style-type: none"> • Desconfiar de mastite e encaminhar ao Médico para avaliação, imediate. |
| Mastalgia sem febre | <ul style="list-style-type: none"> • Investigar gestação; • Tranquilizar a paciente sobre o fato de o câncer raramente causar dor; • Verificar o uso do sutiã e orientar uso de roupa íntima adequada se necessário; • Se gestante, tranquilize e ofereça cuidado pré-natal, evitando medicação; • Prescrever Dipirona 500mg 6/6 horas ou Paracetamol 750mg 8/8 horas, por até 3-5 dias (vide posologia pág. 10); • Se persistência do quadro, encaminhar para o Médico; • Solicitar retorno para reavaliação; • Se método Anticoncepcional (MAC) hormonal, encaminhar para avaliação médica, a fim de avaliar possibilidade de troca para método não hormonal. |
| Descarga papilar espontânea em não nutrizas | <ul style="list-style-type: none"> • Investigar gestação; • Verificar o uso de medicações que podem cursar com este sintoma: Contraceptivos hormonais, medicamentos com efeito de galactagogos (sulpirida, domperidona, metoclopramida), metildopa e digoxina; • Apurar características da descarga: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bilateral ou unilateral? Unilateral costuma ser maior sinal de gravidade. Bilateral costuma ter relação hormonal, mas não se deve descartar hipóteses menos favoráveis; ✓ Láctea ou Serosa: Tranquilizar a paciente; ✓ Sanguinolenta ou Purulenta? Encaminhar para avaliação médica imediata, agendando consulta prioritária. |
| Retração mamilar | Se for uma alteração recente, encaminhar para avaliação Médica. |
| Descamação e erosão do mamilo/aréola ou pele com aspecto de laranja | Encaminhar para avaliação médica, agendando consulta prioritária . Considerar doença de Paget. |

Quadro 10 - Diagnósticos e intervenções de enfermagem no rastreamento de câncer de mama - Nanda e NIC / CIPE

| Diagnóstico | Intervenção |
|-----------------------------------|---|
| Nanda 2018-2020 | |
| Ansiedade | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar escuta ativa e encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos; • Avaliar o nível da ansiedade (leve, moderada, grave, pânico); • Monitorar os sinais vitais; • Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico. |
| Conhecimento deficiente | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o nível de conhecimento e a capacidade de exposição e obstáculos à aprendizagem; • Identificar a rede de apoio e favorecer a vinculação; • Estabelecer prioridades com o usuário e conversar sobre a percepção do usuário acerca de suas necessidades biopsicossociais. |
| Dor aguda | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a etiologia e os fatores contribuintes e desencadeantes da dor; • Avaliar a resposta da usuária frente à dor; • Detectar sinais verbais e não verbais que expressam a dor. |
| Risco de infecção | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar os fatores causadores e contribuintes; • Atentar para os sinais flogísticos locais; • Orientar medidas de higiene e assepsia; • Aferir temperatura axilar. |
| CIPE 2018 | |
| Ansiedade | <ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao tratamento; • Estabelecer relação de confiança; • Estimular o paciente quanto ao relato de sua ansiedade. |
| Dor mamária | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a dor quanto à localização, frequência e duração; • Ofertar e orientar mecanismos não medicamentosos de controle da dor; • Avaliar resposta ao manejo da dor. |
| Infecção no tecido mamário | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as mamas atentando para a presença de sinais flogísticos; • Orientar uso correto de sutiã evitando bojos e/ou compressão excessiva; • Verificar a presença de quadro febril, intensidade da dor e outras queixas associadas. |
| Imagem corporal perturbada | <ul style="list-style-type: none"> • Orientar acerca das alterações condutas frente a elas; • Apoiar imagem corporal positiva; • Apoiar processo familiar de enfrentamento; • Acompanhar a paciente e orientá-la sobre o seguimento clínico multidisciplinar. |

5. MENOPAUSA E CLIMATÉRIO

O climatério corresponde à transição da mulher do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo, ocorrendo habitualmente entre os 40 e 65 anos.

A menopausa, marco do período climatérico, é a interrupção permanente da menstruação e o diagnóstico é feito de forma retroativa, após 12 meses consecutivos de amenorreia, ocorrendo geralmente entre os 48 e 50 anos de idade. Mulheres que se apresentem menopausadas antes dos 40 anos deverão ser referenciadas para avaliação médica a fim de investigações adicionais.

A consulta de enfermagem para mulheres nestas etapas de seu ciclo de vida trata-se de momento oportunístico para o rastreamento de Risco Cardiovascular (RCV) (Conforme Protocolo de Enfermagem - Crônicos), de cânceres de colo/mama e oferta de Check-up sorológico, preferencialmente por meio do uso dos testes rápidos.

É importante lembrar que a avaliação de RCV deve ser realizada em todas as pessoas com HAS, DM, DCV (doenças cardiovasculares). Mulheres sem estas comorbidades, maiores de 65 anos, com IMC \geq 25 e circunferência abdominal $>$ 88cm merecem atenção especial.

Não se deve deixar de realizar exame físico, perguntar sobre sintomas, DUM e uso de método contraceptivo no momento e comorbidades.

Quadro 11 - Queixas mais comuns no climatério e manejo

| Situação | Condutado Enfermeiro |
|--|---|
| <p>Sintomas urogenitais:</p> <p>Sintomas como disúria, nictúria, polaciúria, urgência miccional, infecções urinárias de repetição, dor e ardor ao coito (dispareunia), corrimento vaginal, prurido vaginal e vulvar podem estar relacionados à atrofia genital.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Orientar o uso de lubrificantes vaginais durante a relação sexual; • Encaminhar para avaliação médica caso os sintomas persistem após conduta; • Sempre investigar outras possíveis causas. |
| <p>Fogachos</p> | <p>Orientar a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dormir em ambiente bem ventilado; • Usar roupas em camadas que possam ser facilmente retiradas se perceber a chegada dos sintomas; • Usar tecidos que deixem a pele “respirar”; • Beber um copo de água ou suco quando perceber a chegada deles; • Não fumar; • Evitar consumo de bebidas alcoólicas e de cafeína; • Ter um diário para anotar os momentos em que o fogacho se inicia e, desse modo, tentar identificar situações gatilho e evitá-las; • Praticar atividade física; • Perder peso, caso haja excesso de peso; • Respirar lenta e profundamente por alguns minutos. |

Alterações emocionais/do sono

- Valorizar a presença de situações de estresse e a resposta a elas, como parte da avaliação de rotina;
- Praticar atividade física, evitando 03 horas antes de dormir;
- Deitar-se e levantar-se sempre nos mesmos horários diariamente, mesmo nos fins de semana;
- Evitar tirar cochilos, principalmente depois do almoço e ao longo da tarde;
- Escolher uma atividade prazerosa diária para a hora de se deitar, como ler livro ou tomar banho morno;
- Assegurar que a cama e o quarto de dormir estejam confortáveis;
- Não fazer nenhuma refeição pesada antes de se deitar e evitar bebidas à base de cafeína no fim da tarde;
- Se permanecer acordada por mais de 15 minutos após apagar as luzes, levantar-se e permanecer fora da cama até perceber que irá adormecer;
- Avaliar estados depressivos especialmente em mulheres que tenham apresentado evento cardiovascular recente;
- Considerar tratamento para depressão e ansiedade a ser prescrito pelo Médico quando necessário e/ou encaminhamento à psicologia.

Diminuição da libido

- Estimular o autocuidado;
- Avaliar a presença de fatores clínicos ou psíquicos que necessitem de abordagem médica;
- Apoiar iniciativas da mulher na melhoria da qualidade das relações sociais e familiares;
- Estimular a prática de sexo seguro;
- Orientar o uso de lubrificantes vaginais à base d'água na relação sexual.

5.1. Orientações de enfermagem para melhoria da qualidade de vida no climatério/menopausa

- Informar sobre a prevenção primária da osteoporose e o risco de fraturas associadas;
- Orientar dieta rica em cálcio e vitamina D, incentivando o consumo de leite, iogurte, queijos (principais fontes), couve, agrião, espinafre, taioba, brócolis, repolho, sardinha e castanhas;
- Aconselhar exposição solar, sem fotoproteção, por pelo menos 15 minutos diariamente antes das 10h ou após as 16h;
- Orientar a prática de 150 minutos/semana de atividade aeróbica de intensidade moderada (sejam ocupacionais ou de lazer), sendo ao menos 10 minutos de atividades físicas de forma contínua por período;
- Orientar a realização de atividades de fortalecimento muscular duas ou mais vezes por semana, além de práticas corporais que envolvam lazer, relaxamento, coordenação motora, manutenção do equilíbrio e socialização, diariamente ou sempre que possível;
- Orientar exercícios da musculatura perineal.

**Quadro 12 - Diagnósticos e intervenções de enfermagem no climatério e menopausa
Nanda e NIC / CIPE**

| Diagnóstico | Intervenção |
|--|---|
| Nanda 2018-2020 | |
| Ansiedade | <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar técnicas para acalmar; • Ensinar técnicas para relaxamento |
| Conforto prejudicado | <ul style="list-style-type: none"> • Conforto prejudicado • Proporcionar o apoio espiritual; • Auxiliar a busca para redução da ansiedade. |
| Termorregulação ineficaz | <ul style="list-style-type: none"> • Explicar as mudanças relacionadas à fase do climatério/menopausa; • Promover ingestão adequada de líquidos. |
| Disfunção sexual | <ul style="list-style-type: none"> • Discutir as modificações do corpo durante o climatério/menopausa; • Discutir sobre técnicas que podem aprimorar a relação do casal. |
| Padrão de sexualidade ineficaz | <ul style="list-style-type: none"> • Discutir a qualidade da lubrificação vaginal e o uso de lubrificantes, se necessário. |
| CIPE 2018 | |
| Desconforto | <ul style="list-style-type: none"> • Desconforto • Implementar cuidados de conforto; • Orientar sobre cuidados de conforto no climatério. |
| Ansiedade. | <ul style="list-style-type: none"> • Gerenciar ansiedade; • Esclarecer sobre a ansiedade, medos, anseios, pensamentos conturbados e crises de pânico; • Orientar técnicas de autocontrole, meditação etc. |
| Termorregulação prejudicada | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar temperatura corporal; • Orientar sobre o manejo com a termorregulação; • Encaminhar para avaliação médica, se necessário. |
| Comportamento sexual problemático | <ul style="list-style-type: none"> • Gerenciar o comportamento sexual inapropriado; • Orientar sobre o comportamento sexual. |
| Desempenho sexual prejudicado | <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar o uso de lubrificante vaginal; • Sanar dúvidas sobre a diminuição da libido; • Encaminhar para avaliação psicológica; • Encaminhar para avaliação médica, se necessário. |
| Risco de função do sistema urinário prejudicada | <ul style="list-style-type: none"> • Orientar exercícios para fortalecimento da musculatura perineal; • Orientar aumento da ingestão hídrica; • Orientar sinais de urgência miccional. |
| Risco de queda | <ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre as medidas de prevenção de quedas e suas consequências; • Orientar sobre a adaptação de móveis e estrutura da residência; • Encaminhar para avaliação ortopédica, se necessário. |

6. ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À ADOLESCENTE

A consulta de enfermagem poderá ser realizada quando a adolescente é levada pelos pais/responsáveis/adulto da sua confiança, bem como pode ocorrer quando ela mesma resolve buscar sozinha e espontaneamente pelo atendimento.

É seu direito consentir ou recusar o atendimento. Segundo Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência é o período compreendido 10 e 19 anos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera a adolescência, **a faixa etária dos 12 até os 18 anos** de idade completos, sendo referência, desde 1990, para criação de leis e programas que asseguram os direitos desta população.

É importante avaliar a maturidade da adolescente e encorajar a presença familiar, no entanto o acesso à consulta não poderá ser negado caso a adolescente deseje ser atendida sozinha.

O Ministério da Saúde preconiza que a consulta do adolescente deve ser considerada uma oportunidade esclarecer o uso do preservativo (masculino e feminino) e dos contraceptivos para a prevenção da gravidez e das ISTs/AIDS, enfatizando a dupla proteção. O momento também é propício ao esclarecimento sobre os efeitos adversos do uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas.

Alguns aspectos clínicos têm sua avaliação recomendada pelo Ministério da Saúde, devendo ser investigados e registrados pelo enfermeiro:

- Anamnese;
- Perguntar o motivo da consulta;
- Verificar histórico de comorbidades e história familiar;
- Orientar sobre ciclo menstrual;
- Atentar para queixas e dúvidas;
- Questionar o humor e aspectos emocionais;
- Exame físico completo;
- Avaliação do estagiamento puberal pelos critérios de Tanner:
 - ✓ O início da puberdade ocorre nas meninas entre 8 e 13 anos, com o aparecimento do broto mamário. O broto mamário é o primeiro sinal puberal na menina, é chamado de telarca e pode apresentar-se unilateralmente sem significado patológico. Observar a adolescente, tranquilizá-la e reavaliar após seis meses, quando a outra mama já terá aparecido e os primeiros pelos pubianos também. Caso isso não ocorra, o enfermeiro deverá encaminhar para consulta médica.

✓ Atentar que a idade média da menarca em nosso meio é de 12 anos e 4 meses, mas pode ocorrer entre 9 e 16 anos, observar comportamento do evento na família e acompanhar o processo de cada adolescente. É frequente ocorrer um corrimento vaginal claro entre 6 e 12 meses antes da primeira menstruação ou menarca, fato marcante da puberdade feminina. Esclarecer a adolescente que é natural, pois trata-se do crescimento do tecido endometrial uterino e que se deve apenas cuidar mais da higiene corporal. Os primeiros ciclos menstruais são geralmente anovulatórios e irregulares, podendo essa irregularidade permanecer por até 2 ou 3 anos. O ciclo menstrual normal tem um intervalo que varia de 21 a 36 dias e uma duração entre 3 e 7 dias.

• **Encaminhar para avaliação médica se:**

- ✓ O aparecimento de pelos pubianos for anterior ao do broto mamário, pois pode se tratar de uma puberdade de origem periférica e não central pelo estímulo hipofisário-gonadal;
- ✓ Puberdade precoce (antes dos 8 anos de idade);
- ✓ Puberdade tardia (meninas com ausência de qualquer característica sexual secundária a partir dos 16 anos de idade);
- ✓ Adolescentes que tenham queixas ginecológicas ou que já tenham iniciado sua vida sexual.

6.1. Aspectos Éticos e Legais no Atendimento à Adolescente

O atendimento à adolescente é, por vezes, polêmico no que diz respeito à forma como o mesmo deve ser realizado. Surgem questionamentos tais como:

- “Precisa estar acompanhada por um responsável legal maior de 18 anos?”
- “Posso realizar avaliação ginecológica sem nenhum outro colega no consultório?”
- “Posso ofertar sorologias e fornecer seus resultados para adolescentes desacompanhadas por um responsável legal maior de 18 anos?”

O Ministério da Saúde recomenda que qualquer exigência, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável. **Caso a equipe de saúde entenda que o usuário não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade deve-se, primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias e, em seguida, abordar o adolescente de forma clara sobre a necessidade de que um responsável o assista e o auxilie no acompanhamento. Havendo resistência fundada e receio que a comunicação ao responsável legal implique em afastamento do usuário ou dano à sua saúde, pode ser aceita pessoa maior e capaz indicada pelo adolescente para**

acompanhá-lo e auxiliar a equipe de saúde na condução do caso, mesmo que este não seja parente direto.

O artigo 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, recentemente alterado pela Lei nº 13.257 de 08 de março de 2016, estabelece na nova redação que: “É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.”.

Ainda nesse sentido, a Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996 regula um conjunto de ações para o planejamento reprodutivo, saúde sexual e saúde reprodutiva, mas não estabelece diretrizes ou restrições específicas para adolescentes, devendo, pois, ser interpretada conjuntamente com a Lei orgânica do SUS e o ECA.

De maneira geral, o atendimento da adolescente pode ser prestado sem a necessidade de um responsável legal presente, bem como lhe é assegurado o sigilo das informações. Assim, deve ser ofertado livre acesso a insumos de prevenção, métodos anticoncepcionais e orientação sobre saúde sexual e reprodutiva. Haverá exceções a esta regra que deverão ser analisadas caso-a-caso, como em se tratando de risco de morte (própria e de terceiros) e na suspeita de maus tratos, por exemplo. O adolescente precisa estar seguro do caráter confidencial da consulta, mas ficar ciente também das situações nas quais o sigilo poderá ser rompido, o que, no entanto, ocorrerá sempre com o conhecimento dele. Recomenda-se a discussão junto à equipe e registro em prontuário de todo o processo.

Atenção: Se durante o atendimento à adolescente for identificada violência ou suspeita, deverá ser preenchida a ficha de notificação (Anexo 14) e aplicado fluxo de atendimento às vítimas de violência do Município (Fluxograma 5 e 6) conforme **Linha de Cuidado da Rede de Atenção à Pessoa em Situação de Violência Doméstica e/ou Sexual da Secretaria de Saúde de Suzano.**

Ainda, em se tratando de crianças/adolescentes, uma comunicação do caso deve obrigatoriamente ser feita ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes, conforme exigência do ECA.

6.2. Testagem sorológica para menores de 18 anos

“Esta deverá ser voluntária e consentida pelo menor, sem necessidade de autorização de responsável, desde que aquele tenha capacidade de avaliar seu problema e atuar a respeito”. Assim como nos demais casos, deverá ser estimulado o acompanhamento por um adulto da confiança da adolescente.

7. ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À POPULAÇÃO LGBTQIA+

O movimento LGBTQIA+ brasileiro definiu, como estratégia política de reconhecimento de identidades definidas pela letra "T", os termos “travestis”, “mulheres transexuais” e “homens trans” para referir-se a essa população em documentos oficiais.

Neste capítulo, todas as pessoas de gênero diferente daquele atribuído ao seu nascimento são referidas pelo termo “pessoas transexuais e travestis”, com a finalidade de homogeneização do texto, porém, cada pessoa pode identificar-se com um termo diferente e cabe a profissionais da saúde oferecer espaço para que a pessoa exponha a palavra que melhor a define e/ou como prefere que se refiram a ela, assim como os pronomes.

Importante reforçar que profissionais de saúde não devem, sob quaisquer circunstâncias, determinar o gênero de uma pessoa ou a nomenclatura que a define, da mesma forma como as necessidades e demandas dessa pessoa devem ser respeitadas e legitimadas.

O agendamento de homens trans e pessoas transmasculinas para consulta com ginecologista e para coleta de papanicolau deve ser oferecido e realizado da mesma forma como são agendadas as mulheres cisgênero.

7.1. Direitos

Nome social: Nome social é o nome com o qual uma pessoa quer ser tratada, independentemente ao motivo (que pode estar relacionado à sua identidade de gênero ou não) e aos registros civis. É um direito das pessoas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto, é dever de todas as equipes de profissionais e de todos os setores de uma unidade de saúde tratar a pessoa com o nome e com os pronomes (masculinos, femininos ou neutros) que ela escolher. Esse nome deve constar em todos os registros do serviço de saúde, como cartão do SUS, documentos, receitas e quaisquer formulários utilizados, com garantia de que a pessoa não seja constrangida ao ter seu nome social confrontado com o nome de registro civil. O nome civil não deve ser tornado público.

Se o profissional ainda não sabe como uma pessoa deseja ser chamada, faça as seguintes perguntas de forma gentil e direta: “Qual é o seu nome/como deseja que te chame?”.

Obs.: Nunca deve-se questionar qual era o nome antigo da paciente.

7.2. Saúde sexual e reprodutiva

Algumas técnicas cirúrgicas disponíveis para transformação corporal (como remoção de útero e algumas cirurgias de redesignação genital) logicamente afetam a fertilidade. Há também os casos em que as pessoas transexuais e travestis mantêm seus órgãos reprodutores e utilizam hormônios para transformação corporal e tendem a ter grande queda do potencial reprodutivo, cuja recuperação é imprevisível após a cessação da hormonização. O uso prolongado de testosterona tende a causar atrofia endometrial e anovulação. Portanto, ao oferecer transformações corporais, deve-se dialogar sobre desejo reprodutivo.

7.3. Anticoncepção

Apesar de o uso de testosterona reduzir fertilidade, e causar atrofia endometrial e vaginal em homens trans, a hormonização não pode ser considerada como contracepção efetiva. Caso a pessoa tenha práticas sexuais que possam resultar em gravidez indesejada, pode-se oferecer:

- ✓ Preservativo;
- ✓ Dispositivos de longa permanência, (DIU / Implanon) conforme critérios de elegibilidade;
- ✓ Anticoncepcionais hormonais, a depender do uso de hormônios e seus efeitos colaterais e
- ✓ Esterilização definitiva (laqueadura).

7.4. Rastreamentos

- **PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO:** A colpocitologia oncótica deve ser oferecida a todas as pessoas entre 25 e 64 anos que possuem colo do útero e que já tiveram algum tipo de penetração vaginal ao longo da vida (o que ofereceria risco de exposição ao vírus HPV. A periodicidade deve seguir as recomendações do Ministério da Saúde (Conforme capítulo 3, deste Protocolo)).

Homens trans e demais pessoas transmasculinas tem a mesma chance de desenvolver câncer de colo uterino que mulheres cisgênero, mas o rastreamento tende a ser realizado de maneira mais inadequada nessa população.

Além dos fatores que afastam as pessoas transexuais e travestis dos serviços de saúde, o uso prolongado de testosterona é um fator de risco para não realizar o rastreamento, pois a atrofia vaginal e cervical geram maiores desconforto.

A realização do exame não pode ser considerada uma condição para que a pessoa seja acompanhada por qualquer motivo, embora seja relevante considerar a oportunidade do contato de homens trans e pessoas transmasculinas com o serviço de saúde para a oferta do rastreamento.

- **PREVENÇÃO DE CÂNCER DE MAMA:** A mamografia pode apresentar benefícios semelhantes aos das mulheres cisgênero para pessoas transmasculinas que não tiveram suas glândulas mamárias removidas e para pessoas transfemininas em uso de hormônios há pelo menos 20 anos.

O **aprazamento das mamografias de rastreamento** deverá seguir a rotina sugerida pelo Ministério da Saúde, conforme quadro abaixo:

Quadro 13 – Aprazamento das mamografias de rastreamento

| Achado clínico | Explicação |
|-----------------------------|---|
| Mulheres de 50 – 69 anos | ECM sob demanda e mamografia a cada dois anos. |
| Mulheres com risco elevado* | Devem realizar rastreamento anual com mamografia iniciando 10 anos antes da idade do diagnóstico do parente mais jovem (não antes dos 30 anos). |

ECM = Exame Clínico das Mamas

7.5. Considerações sobre o exame ginecológico

Caso a pessoa tenha atrofia vaginal ou grande desconforto ao exame, deve-se encaminhá-la para avaliação médica, a partir de uma consulta agendada.

Caso a pessoa recuse o exame especular e o exame ginecológico seja indicado, a inspeção vulvar e o toque bimanual podem ser oferecidos servindo também como estratégia de adaptação e de estabelecimento de vínculo de confiança com a profissional de saúde, pois uma experiência positiva pode levar a reconsiderações futuras sobre a realização desse e de outros exames.

7.6. Manutenção da saúde e encaminhamentos

O cuidado deve ser sempre centrado na pessoa atendida, portanto suas percepções, necessidades e desejos devem ser compreendidos e a construção do plano terapêutico precisa ser compartilhada com essa pessoa. Cuidados gerais em saúde, como a atualização da situação vacinal, devem ser ofertados.

Caso haja interesse em transformações corporais, orientar quanto às ofertas dentro do SUS e informar sobre a possibilidade de hormonização e cirurgias, elucidar dúvidas e seguir o fluxo de atendimento no capítulo a seguir.

7.7. Fluxo de encaminhamento para cirurgias

• PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE TRANSGENITALIZAÇÃO

- Ambulatório de Saúde Integral para travestis e transsexuais – Centro de Referência e Treinamento IST/AIDS (Informações: 0800-16-25-50 ou 5087-9833):
 - ✓ Rua Santa Cruz, 81 – Vila Mariana – São Paulo – SP
 - ✓ Orientar a pessoas a preencher a Ficha de Admissão do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (ASITT/CRT/SES)
 - ✓ A Ficha de Admissão do ASITT pode ser obtida através dos seguintes e-mails: claudete@crt.saude.sp.gov.br; gentil@crt.saude.sp.gov.br; ricardomartins@crt.saude.sp.gov.br
 - ✓ Ao receber a ficha, a pessoa deverá preenchê-la com seus dados e enviá-la de volta, com cópia, para os três endereços de e-mail.
 - ✓ Caso a pessoa não tenha acesso a e-mail, a profissional de saúde do serviço em que a pessoa é atendida deve intermediar a solicitação da ficha, o preenchimento e o envio ao ASITT/CRT/SES.

• AMBULATÓRIO AME PRÓ-TRANS

- Acompanhamento médico com endocrinologista, psiquiatra e ginecologista, além de apoio psicossocial nas fases pré e pós-cirurgia de transgenitalização e hormonioterapia.
 - ✓ Pessoas com idade maior ou igual a 18 anos
 - ✓ Moradores da região do Alto Tietê
 - ✓ Agendar consulta: 2421-0649, 2431-3052 ou enviar e-mail para: ameprotrans@gmail.com
 - ✓ Endereço: Rua Piracicaba, 114 – Bairro Gopouva, Guarulhos- SP, 07040-310

Demais informações, consultar LINHA DE CUIDADO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL -
CAPÍTULO 5. Atendimento psicossocial ao público TRANS - Páginas 51 – 53.

8. INFERTILIDADE

Quando houver demanda sobre dificuldade para engravidar, é necessário questionar quanto tempo o casal está tentando. De maneira geral, investigar casais que não atingiram a concepção dentro de 12 meses de atividade sexual regular desprotegida.

As etiologias femininas são detectadas em 13% (fator tubário), 15% (disfunção ovulatória), 31% (reserva ovariana diminuída), 8% (endometriose), 6% (fator uterino) e 12% (vários fatores) dos casos de infertilidade. A avaliação do parceiro é necessária, com pelo menos uma análise do sêmen, enquanto se avalia a mulher.

• Questionar/Examinar:

- ✓ Idade (se >35 anos, pode haver alguma diminuição da fertilidade);
- ✓ Menstruação irregular ou ausente (ciclo menstrual normal varia de 24 a 35 dias de duração e o sangramento menstrual ocorre por 3 a 7 dias);
- ✓ História de infecção sexualmente transmissível ou outro processo pélvico inflamatório;
- ✓ Cirurgia prévia (associada à disfunção tubária);
- ✓ Dispareunia (associada à endometriose);
- ✓ Problemas endócrinos;
- ✓ Exposição a substâncias químicas;
- ✓ Doenças autoimunes;
- ✓ Uso de medicamentos dopaminérgicos;
- ✓ Galactorréia;
- ✓ Hirsutismo e/ou acne;
- ✓ Exame pélvico alterado.

Para a investigação da infertilidade da mulher, o(a) enfermeiro(a) deverá encaminhar o casal para avaliação médica.

9. ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E/OU DOMÉSTICA/INTRAFAMILIAR

A violência contra a mulher pode ser definida como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”.

Considera-se como violência sexual qualquer forma de atividade sexual não consentida. A violência doméstica/intrafamiliar “ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente”. É toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e/ou psicológica, assim como a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental – ainda que sem laços de consanguinidade – e em relação de poder à outra. A violência doméstica/intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também às relações em que se constrói e efetua. A violência doméstica/intrafamiliar inclui outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados (as), pessoas que convivem esporadicamente e agregados.

Quando se dá o primeiro contato da usuária que sofreu violência com um serviço de atendimento na Atenção Básica, recomenda-se que o profissional foque no acolhimento para, somente depois, realizar preenchimento de fichas e prontuários.

Pelo fato de a Atenção Básica estar nos territórios e mais próxima do cotidiano das pessoas, tem papel importante na identificação de situações de violência e, assim, nas primeiras abordagens realizadas com as mulheres, além da promoção do cuidado e do acesso as informações sobre serviços da rede que possam apoiá-las.

Os profissionais precisam conhecer a rede intrasetorial de seu município para garantir o encaminhamento adequado para outros serviços e unidades das redes: Serviços da Atenção Básica - Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Ambulatórios Especializados, Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (RAPSVDs), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados em de Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar entre outros.

Fluxograma 5 - Violência interpessoal

Fluxograma de atendimento Violência Interpessoal



Porta de Entrada:
Qualquer serviços de Saúde

Acolhimento Humanizado
realizado por trabalhador (a) da saúde

Escuta Qualificada

- Compreensão do evento em local apropriado e avaliação de Vulnerabilidade e risco;
- **Preencher a ficha de notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada** (port. MS/GM n° 2.046/2004);
- Anotações em prontuário;
- Orientar a família quanto ao B.O. que é Obrigatório para < de 18 anos e comunicar ao Conselho Tutelar (art. 13 ECA)

Violência Sexual

Violência Doméstica

Até 72 horas

- Cuidados médicos no próprio serviço de Saúde: (Ginecologia /Clínica geral e/ou Pediatria);
- Anticoncepção de emergência Hormonal;
- Antiretroviral: < prazo possível para evitar infecção por HIV;
- Quimioprofilaxia para IST's não viral em caso de penetração anal e vaginal sem uso de preservativos (dispensação no Pronto Socorro e nos Pronto Atendimentos);
- Vacina de Hepatite Virais: (anti hepatite B e Imonoglobulina Humana anti hepatite);
- Acompanhamento Laboratorial:
 - Coletas conforme SADT anexa;
 - Teste HIV (consentimento verbal, preferencialmente teste rápido);
 - Amostra do conteúdo vaginal para exame bacterioscópico e de cultura (exame do cotonete);
 - Encaminhamento para acompanhamento na unidade mais próxima da residência.
 - Se houver indicação para uso da profilaxia, após prescrição entrar em contato com SAE/CTA para agendamento de consulta de acompanhamento.

Após 72 Horas

- Violência sexual repetição/crônica por
- Violência sexual que já passaram mais de 72 horas.

Seguem protocolo de Violência Doméstica

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE OU SAÚDE DA FAMÍLIA DE REFERÊNCIA

- Cuidados médicos no próprio serviço de Saúde: (Ginecologia /Clínica geral e/ou Pediatria);
- Acompanhamento Laboratorial, conforme SADT anexa
- Orientações sobre os Direitos Legais da Pessoa conforme Legislação vigente;
- Contato com a unidade de saúde referencia: para solicitação de acompanhamento na rede intra e intersetorial de apoio.

Gestação decorrente de Violência

Pérola Byington

- Aborto Legal;
- Cirurgias complexas

- Aborto legal (port. MS/GM 1508/05);
- Entrega Voluntária (lei 13.509 de 22/11/2017)

- Seguir protocolo da Rede cegonha encaminhar para o Pré Natal de alto risco;

SAE/CTA

- Acompanhamento de terapia Anti retroviral.

Acompanhamento Psicossocial - Rede de Apoio Intersetorial

RAPS:
Unidades de referências com equipe de saúde mental na Atenção Básica/CAPS

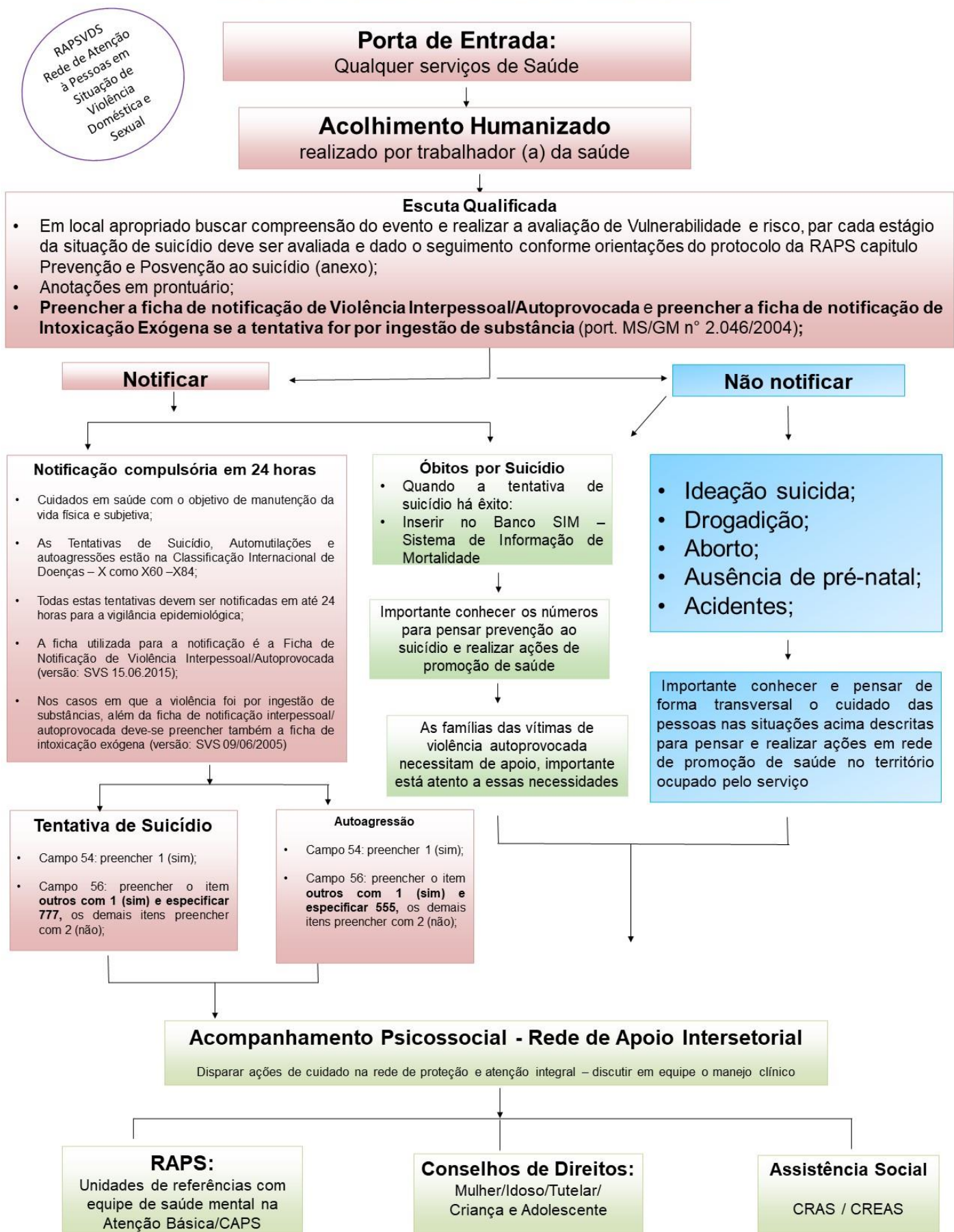
Conselhos de Direitos:
Mulher/Idoso/Tutelar/ Criança e Adolescente

Assistência Social
CRAS / CREAS

Apoio Jurídico
DDM/DP/OAB/Sala Rosa/Anexo Judiciário / vara da infância/ CRAVI

Fluxograma 6 - Violência autoprovocada

Fluxograma de atendimento Violência autoprovocada



REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto – lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Aprova Planejamento Familiar.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Primária nº 29: rastreamento. Brasília-DF, 2010. Disponível em <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/Cadernos-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-n-29-rastreamento.pdf>

BRASIL. Sociedade Brasileira de Mastologia. Disponível em: www.sbmastologia.com.br. Acesso em: 28/10/2021.

CONTAGEM. Prefeitura Municipal de Contagem. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO ASSISTENCIAL DA SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA. 1ª edição. Contagem, 2020. 127p.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 3 - Saúde da Mulher - Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida. Florianópolis, 2016. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=12&submenuid=1478>

GUARULHOS. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO. Guarulhos, 2019. 109p

Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde, módulo 1: saúde da mulher / Rosana Aparecida Garcia ... [et al.]. – São Paulo : COREN-SP, 2019.

Secretaria Municipal da Saúde (São Paulo). Composição do Comitê LGBTI da Secretaria Municipal de Saúde. Diário Oficial da Cidade de São Paulo; 2019 Junho(27); 64(119): 28.

SUZANO. Prefeitura Municipal de Suzano. Secretaria Municipal de Saúde. LINHA DE CUIDADO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. EDIÇÃO REVISADA - SETEMBRO 2021. SUZANO, 2021. 117p



ANEXO 1 – PROPOSTA DE IMPRESSO PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA MULHER



IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

| | | | |
|---|--|--------|---------|
| UBS/ESF: | Data: __/__/____ | Hora: | Pront.: |
| Nome: | DN: __/__/____ | Idade: | |
| Nome social: | Raça/Cor: ()Branca ()Preta ()Parda ()Amarela ()Indígena | | |
| Estado civil: ()Solteira ()Casada ()União estável ()Viúva ()Divorciada | Escolaridade: ()Analfabeto () _____ | | |

ANAMNESE – ANTECEDENTES PESSOAIS

| | | | |
|--|---|---|---|
| Peso: | PA: mmHg | Imunização: ()Atualizada ()Desatualizada | Cirurgias prévias: ()Sim ()Não Quais: |
| Etilismo: ()Sim ()Não Quantidade/dia: _____ Tempo de uso: _____ Parou há quanto tempo? _____ | Tabagismo: ()Sim ()Não Quantidade/dia: _____ Tempo de uso: _____ Parou há quanto tempo? _____ | Drogadição: ()Sim ()Não Quantidade/dia: _____ Uso de: ()Injetável ()Inalatório ()Oral _____ Tempo de uso: _____ Parou há quanto tempo? _____ | |

HISTÓRICO DE PATOLOGIAS

()Diabetes ()Hipertensão Arterial ()Cardiopatias ()Vasculopatias ()DPOC ()Pneumonia ()Doença renal ()Câncer de Mama
()Câncer Ginecológico ()Outras: _____
Medicações de uso contínuo: ()Sim ()Não _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

()Diabetes ()Hipertensão Arterial ()Cardiopatias ()Vasculopatias ()DPOC ()Pneumonia ()Doença renal ()Câncer de Mama
()Câncer Ginecológico ()Outras: _____

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

| | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| IDADE DA MENARCA: | DUM: | DURAÇÃO DO CICLO: |
| DURAÇÃO DO FLUXO MENSTRUAL: | IDADE DO INÍCIO DA ATIVIDADE SEXUAL: | IDADE MENOPAUSA: |
| MÉTODO ANTICONCEPCIONAL: | Nº DE PARCEIROS NO ÚLTIMO ANO: | HISTÓRICO DE IST: ()Sim ()Não _____ |
| | | |

QUEIXAS GINECOLÓGICAS:

OUTRAS QUEIXAS:

RASTREAMENTO – CÂNCER DE MAMA / COLO DE ÚTERO

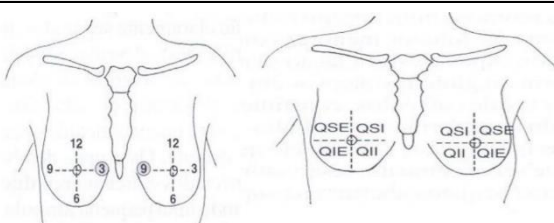
ÚLTIMO C.O.: (data/resultado)

ÚLTIMA MAMOGRAFIA: (data/resultado)

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

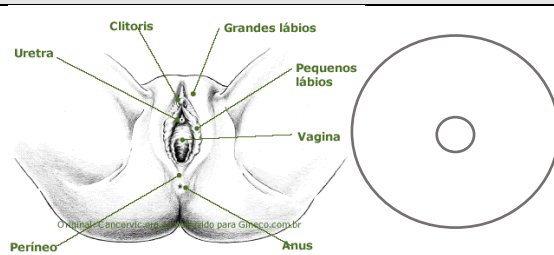
GESTAÇÕES: _____ **PARTOS:** ___ Normal ___ Cesárea ___ Fórceps ___ Natimorto ___ Aborto **CURETAGEM APÓS ABORTO:** () Sim () Não

EXAME FÍSICO ESPECÍFICO DAS MAMAS



| | |
|---|--|
| TAMANHO: () Pequeno () Médio () Grande | SIMETRIA: () Simétricas () Assimétricas: |
| FORMA: () Normal () Retração () | PELE: () S/alterações () Alterado |
| TEXTURA: () Densa () Flácida () Fibrosa | MASSAS/NÓDULOS: () Sim () Não |
| MAMILOS: () Protuso () Plano () Invertido | ALTERAÇÃO RECENTE: () Sim () Não TEMPO: |
| DESCARGA PAPILAR: () Sim () Não | MASTALGIA: () Sim () Não Especificar: |
| SINAIS FLOGÍSTICOS: () Sim () Não | LINFONODOS AXILARES E CLAVICULARES PALPÁVEIS: () Sim () Não |

EXAME FÍSICO ESPECÍFICO GINECOLÓGICO



ABDOME:
INSPEÇÃO EXERNA DA GENITÁLIA: () Normal () Alterada **Especificar:**

EXAME ESPECULAR

COLO DO ÚTERO: () Íntegro () Alterado () Não visualizado **Especificar:**
LEUCORREIA: () Ausente () Esverdeada () Leitosa () Amarelada
INSPEÇÃO VAGINAL: () Ausência de Alterações () Alterações **Especificar:**

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

| | | |
|---|---|---|
| Autocuidado () Adequado () Inadequado | Higiene íntima () Adequado () Inadequado | Atividade sexual () Adequada () Inadequada |
| Uso de contraceptivo () Adequado () Inadequado | () Dor em baixo ventre | () Dor à relação sexual |
| () Prurido vaginal | () Corrimento vaginal | () Cólica uterina |
| () Risco para violência doméstica | () | () |

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

| | | | |
|---|--|---|------------------------------------|
| () Promover um ambiente confortável | () Avaliar dor e sinais flogísticos | () Avaliar sinais e sintomas de infecção | () Orientar cuidado com as mamas |
| () Evitar uso de talco, cremes e ducha | () Orientar uso correto de preservativo | () Captar parceiro para tratamento | () Esclarecer quanto aos achados |
| () Orientar a periodicidade do exame | () Orientar métodos para alívio da dor | () Encaminhar para avaliação médica | () Agendar consulta de seguimento |
| () | () | () | () |

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/CARIMBO E ASSINATURA

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

ANEXO 2 - LEI FEDERAL Nº 9.263 DE 12 DE JANEIRO DE 1996

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o **caput** para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no **caput**, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

~~V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.~~

V - o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis.
(Redação dada pela Lei nº 13.045, de 2014)

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde. Parágrafo único - Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7º - É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8º A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o caput só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional - [Mensagem nº 928, de 19.8.1997](#))

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) [Mensagem nº 928, de 19.8.1997](#)

Art. 12. É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art. 13. É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14. Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis. (Parágrafo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) [Mensagem nº 928, de 19.8.1997](#)

CAPÍTULO II DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) [Mensagem nº 928, de 19.8.1997](#)

Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave.

Parágrafo único - A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I - durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei.

II - com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III - através de histerectomia e ooforectomia;

IV - em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V - através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização.

Art. 16. Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 17. Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.

Pena - reclusão, de um a dois anos.

Parágrafo único - Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na [Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956](#).

Art. 18. Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.

Pena - reclusão, de um a dois anos, e multa.

Art. 19. Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta Lei o disposto no [caput e nos §§ 1º e 2º do art. 29 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal](#).

Art. 20. As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos coautores ou aos partícipes:

I - se particular a instituição:

a) de duzentos a trezentos e sessenta dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados;

b) proibição de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista;

II - se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis dos cargos ou funções ocupados, sem prejuízo de outras penalidades.

Art. 21. Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertençam ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta Lei, observados, nesse caso, o disposto nos [arts. 159, 1.518 e 1.521 e seu parágrafo único do Código Civil](#), combinados com o [art. 63 do Código de Processo Penal](#).

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. Aplica-se subsidiariamente a esta Lei o disposto no [Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal](#), e, em especial, nos seus [arts. 29, caput](#), e [§§ 1º e 2º](#); [43, caput e incisos I, II e III](#); [44, caput e incisos I e II e III e parágrafo único](#); [45, caput e incisos I e II](#); [46, caput e parágrafo único](#); [47, caput e incisos I, II e III](#); [48, caput e parágrafo único](#); [49, caput e §§ 1º e 2º](#); [50, caput, § 1º e alíneas e § 2º](#); [51, caput e §§ 1º e 2º](#); [52](#); [56](#); [129, caput e § 1º, incisos I, II e III, § 2º, incisos I, III e IV e § 3º](#).

Art. 23. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 24. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 12 de janeiro de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Adib Jatene



ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – DIU



DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Eu _____; RG _____;
_____ anos de idade, consinto que o (a) Dr. (a). _____;

CRM _____ realize em mim o procedimento de inserção de dispositivo intrauterino. Compreendo que o dispositivo intrauterino (DIU) é um dispositivo pequeno em forma de T ou Y implantado no útero por um médico. O D.I.U. não hormonal consiste numa haste revestida com os metais citados (prata e/ou cobre). Ele libera pequenas quantidades desses metais no útero, causando algumas alterações no endométrio (tecido que recobre a parte interna deste órgão), no muco e na motilidade das trompas, tornando a região hostil ao espermatozoide.

Também compreendi que a efetividade do D.I.U. como método contraceptivo não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha (0,2 a 0,8%) que independe do paciente ou médico, logo, há possibilidade de ocorrência de gravidez com o uso deste método e ela é menor que 1%. Os estudos médicos existentes indicam que quando as pacientes portadoras de DIU engravidam existe uma ocorrência maior de gravidez ectópica – gestação nas trompas (0,5 a 1%), de aborto séptico, isto é, com infecção associada (<0,5%), as vezes associado à septicemia (isto é, infecção no sangue), ao choque séptico e até à morte.

Estou ciente de que todo procedimento médico associa-se a alguns riscos. Poderá ocorrer penetração parcial ou total do DIU na parede do útero ocasionando perfuração do útero (0,2%) e eventualmente migração do dispositivo para o abdômen com necessidade de cirurgia. Entendo também que após a colocação do DIU, poderão ocorrer cólicas e (ou) dores abdominais, associadas ou não a sangramentos e que o DIU que contém cobre poderá desenvolver uma reação cutânea alérgica do tipo urticária, sendo necessária sua remoção.

Os dispositivos intrauterinos têm prazo de validade (10 anos) e após este período um novo DIU deverá ser implantado para manutenção da contracepção.

O implante do DIU pode ser realizado em qualquer fase do ciclo menstrual, desde que seja excluída a possibilidade de uma gestação em curso. É necessária a presença de um acompanhante, pois algumas pacientes podem cursar com cólicas e tonturas após o procedimento.

Também fui informada sobre a existência de outros métodos contraceptivos não definitivos como preservativos masculinos e femininos (camisinhas), medicamentos hormonais anticoncepcionais (pílulas, injeção, anel e implante) e definitivos, como vasectomia e laqueadura tubária.

Entendi as explicações que me foram prestadas, em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento, antes que a inserção do DIU se realize e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, sendo assim, consinto, portanto, ao (a) médico (a) a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Nome do paciente ou responsável legal: _____

Assinatura do paciente ou responsável legal: _____

RG: _____ Local e Data: _____ Hora _____:_____

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: _____ Assinatura: _____

CRM: _____ Local e Data: _____ Hora: _____:_____

O termo deve ser rubricado em todas as folhas pela paciente e pelo médico

Observação: O preenchimento completo deste Termo será em duas vias, ficando uma cópia arquivada no prontuário da paciente e original entregue a mesma, que deverá apresentar no dia da realização do procedimento.

ANEXO 4 – SADT USG TRANSVAGINAL – REDE CEGONHA

FAVOR PASSAR NO BALCÃO PARA PREENCHER A GUIA



Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Guia de Encaminhamento - SADT
ATENÇÃO PREENCHER COM LETRA DE FORMA LEGÍVEL



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|------------|-------------|--|--|------|--|--|-----------|------------|--|-----|--|------------|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| Data _/_/___ | Prontuário | Nome | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nome social | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mãe | | | | | | | | | | | CNS | | | | | | | | | | | | | | |
| CPF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Data Nasc. | | | Sexo | | | Raça/ Cor | Telefone 1 | | | | Telefone 2 | | | | | | | | | | | | |
| Endereço | | | | | | | | | | | | | | | | | | CEP | | | | | | | |

Exames

USG TRANSVAGINAL

| | |
|------------------------------|---|
| Identificação do solicitante | HD: PLANEJAMENTO REPRODUTIVO (DIU) |
| | Prioridade () Sim () Não Justificar prioridade abaixo |
| | |

CERTIFICADO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO



Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Certifico, para os devidos fins, que _____

RG: _____ e _____

RG: _____, participaram do Planejamento Reprodutivo, ministrado nesta Unidade nos dias ___/___/___ e ___/___/___, conforme a Lei nº 9263 de 12 de Janeiro de 1996, optando por

realizar: () Laqueadura () Vasectomia () Inserção de DIU

Carimbo/assinatura do Profissional

ANEXO 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – IMPLANON



DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA INSERÇÃO DE IMPLANTE CONTRACEPTIVO DE ETONOGESTREL



Eu _____; RG _____;
_____ anos de idade, consinto que o (a) Dr. (a). _____; CRM _____ realize em mim o procedimento de inserção de implante contraceptivo de etonogestrel.

Compreendo que o implante contraceptivo é um pequeno tubo de plástico, de cerca de 4 centímetros de comprimento por 2 milímetros de largura contendo um progestagênio (hormônio), chamado etonogestrel e é colocado debaixo da pele do braço que você não escreve (braço não dominante). Quem realiza a colocação é um médico treinado e habilitado para tanto. A ação do implante é contínua por 3 anos e acontece com a liberação do hormônio etonogestrel para o sangue da mulher, e funciona principalmente de dois modos: impede a ovulação e espessa o muco do colo do útero, o que dificulta a passagem dos espermatozoides para o útero.

O implante tem eficácia superior a 99%, igual ou superior a eficácia da laqueadura tubária (5 gravidezes em 10.000 mulheres que usem o implante).

Compreendi ainda que as principais vantagens do implante são:

- É um método prático e de longa duração (3 anos).
- Evita ter que tomar a pílula todos os dias.
- Não interfere com a relação sexual e com a amamentação.
- Melhora as cólicas menstruais.
- Pode ser usado pelas mulheres que não podem tomar pílulas contendo estrogênio.
- Não diminui a massa óssea (osteoporose).

Também foram a mim apresentadas as desvantagens desse método:

- Irregularidades da menstruação. Na maioria dos casos, há sangramento irregular, podendo haver aumento do fluxo menstrual ou ausência de menstruação. Essas alterações são mais comuns no primeiro ano, sendo que a cada 100 mulheres, 15 podem ter sangramento mais frequente.
- Pode ocorrer algumas alterações da pele, dores de cabeça, enjoos, aumento da sensibilidade mamária e variações do humor (semelhantes às que ocorrem com outros métodos contraceptivos como a pílula).
- Podem aparecer cistos benignos nos ovários, que geralmente não necessitam de tratamento.

Foi informado a mim também que o implante pode ser colocado até 5 dias após o início da sua menstruação (para garantir que não há gravidez). Nas puérperas (mulheres que tiveram parto recente), pode ser colocado imediatamente após o parto a depender do desejo da mulher. É eficaz logo após a colocação.

É colocado na parte interna do braço, debaixo da pele, como se fosse uma injeção. É necessária anestesia no local para inserção do implante. Pode ocorrer alguma dor, algum inchaço ou hematoma pequeno no local da colocação, mas passa rapidamente.

É removido 3 anos após a sua inserção, ou antes, se a seu pedido. Para a remoção do implante, também é preciso ser aplicada a anestesia. Entendi as explicações que me foram prestadas, em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento, antes que seja inserido o implante contraceptivo se realize e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, sendo assim, consinto, portanto, ao (a) médico (a) a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Nome do paciente ou responsável legal: _____

Assinatura do paciente ou responsável legal: _____

RG: _____ Local e Data: _____ Hora _____ : _____

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: _____ Assinatura: _____

CRM: _____ Local e Data: _____ Hora: _____ : _____

O termo deve ser rubricado em todas as folhas pela paciente e pelo médico

Observação: O preenchimento completo deste Termo será em duas vias, ficando uma cópia arquivada no prontuário da paciente e original entregue a mesma, que deverá apresentar no dia da realização do procedimento.

ANEXO 6 – SADT LAQUEADURA

FAVOR PASSAR NO BALCÃO PARA PREENCHER A GUIA



Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Guia de Encaminhamento - SADT
ATENÇÃO PREENCHER COM LETRA DE FORMA LEGÍVEL



| |
|--|
| |
|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|------------|---|---|-------------------|---------------------|---------------------|------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|
| Data _/_/___ | Prontuário | Nome | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nome social | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mãe | | | | | | | | CNS | | | | | | | | | | | | |
| CPF | . | . | - | Data Nasc. / / | Sexo M () F () | Raça/ Cor | Telefone 1 | Telefone 2 | | | | | | | | | | | | |
| Endereço | | | | | | | | | | | | | | | | | CEP | | | |
| Exames | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. HEMOGRAMA | | | | | | 4. TC () | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. GLICEMIA EM JEJUM | | | | | | 5. HIV | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. TS () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identificação do solicitante | | HD: PLANEJAMENTO REPRODUTIVO (LAQUEADURA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Prioridade () Sim () Não Justificar prioridade abaixo | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FAVOR PASSAR NO BALCÃO PARA PREENCHER A GUIA



Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Guia de Encaminhamento - SADT
ATENÇÃO PREENCHER COM LETRA DE FORMA LEGÍVEL



| |
|--|
| |
|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|------------|---|---|------------------|---------------------|-----------|------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|
| Data _/_/___ | Prontuário | Nome | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nome social | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mãe | | | | | | | | CNS | | | | | | | | | | | | |
| CPF | . | . | - | Dt. Nasc. / / | Sexo M () F () | Raça/ Cor | Telefone 1 | Telefone 2 | | | | | | | | | | | | |
| Endereço | | | | | | | | | | | | | | | | | CEP | | | |
| Exames | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ECG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identificação do solicitante | | HD: PLANEJAMENTO REPRODUTIVO (LAQUEADURA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Prioridade () Sim () Não Justificar prioridade abaixo | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANEXO 8 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – LAQUEADURA TUBÁRIA



DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA



Eu _____; RG _____;

_____ anos de idade, manifesto o desejo de ser submetida a laqueadura tubária por minha livre e espontânea vontade.

Também sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar ao menos 60 dias, conforme Resolução Normativa 167, da ANS.

Antes da operação, foi-me informado que:

- A intervenção de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, com o objetivo de impedir gravidez;
- O processo cirúrgico necessita de anestesia. O tipo de anestesia será avaliado e escolhido pelo Serviço de Anestesia.
- Embora o método de laqueadura tubária seja o mais efetivo dos métodos de planejamento reprodutivo, sua efetividade não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha de 0,41% que independe do paciente ou do médico;
- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.
- As complicações que poderão surgir são: Intraoperatórias (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico e pós-operatórias leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, anemia e outras) bem como graves e excepcionais (eventração, apneia, trombozes, hematomas, pelviperitonites, hemorragia e outras) perfurações de órgãos;
- Se no momento de o ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;
- Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis como os Métodos de barreira, Anticoncepção hormonal, Dispositivos intrauterinos (DIU), Implantes e Métodos naturais;

Entendi as explicações que me foram prestadas, em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento, antes que o procedimento de laqueadura tubária se realize e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, sendo assim, consinto, portanto, ao (a) médico (a) a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Nome do paciente ou responsável legal: _____

Assinatura do paciente ou responsável legal: _____

RG: _____ Local e Data: _____ Hora _____:_____

Eu, _____, RG _____

Declaro que concordo com a cirurgia de _____
e que participei da decisão e de todas as explicações acima.

Nome do cônjuge ou testemunha: _____

Assinatura do cônjuge ou testemunha _____ RG: _____

Local e Data: _____ Hora _____:_____

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou ao seu cônjuge/testemunha, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu cônjuge/testemunha, estão em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: _____ Assinatura: _____

CRM: _____ Local e Data: _____ Hora: _____:_____

O termo deve ser rubricado em todas as folhas pela paciente e pelo médico

Observação: O preenchimento completo deste Termo será em duas vias, ficando uma cópia arquivada no prontuário do paciente e original anexada junto aos exames e documentos do processo, sendo necessário apresentá-los à Equipe de Planejamento Reprodutivo – Santa Casa de Suzano, no dia da entrevista com a equipe multidisciplinar.

ANEXO 9 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – VASECTOMIA



DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE VASECTOMIA



Eu _____; RG _____;
_____ anos de idade, manifesto o desejo de ser submetido a vasectomia por minha livre e espontânea vontade.

Antes da operação foi-me informado que:

- A vasectomia é um método cirúrgico de interrupção da fertilidade masculina, causada pela secção dos vasos deferentes, interrompendo assim a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado.
- Trata-se de uma cirurgia feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia caso minha condição clínica o requeira.
- São feitos um ou dois cortes no escroto, que são posteriormente costurados, podendo haver ou não necessidade da retirada dos pontos, dependendo do material utilizado.

As complicações, embora raras, que podem ocorrer são: hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção. Se ocorrer qualquer destas situações ou outras não descritas ou ainda se eu tiver qualquer dúvida ou problema, devo procurar atendimento médico.

Apesar de poder ser tentada a reversão futura desta cirurgia, ou seja, a recanalização do ducto deferente, quanto maior o tempo de interrupção do deferente, menor o índice de sucesso em readquirir fertilidade.

Apesar da vasectomia ser um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides de um coto para outro e voltarem a ser ejaculados e o indivíduo poderá permanecer fértil e ocasionar uma gravidez.

O método não interfere na função sexual ou causa impotência sexual (ou disfunção erétil). Até o momento não se conhece nenhuma doença que ocorra mais frequentemente em homens vasectomizados.

O paciente só poderá retomar sua atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no ejaculado. Isto só ocorre em geral após uma média de 10 a 12 ejaculações, que é o número necessário para “esvaziar” o trato genital.

Entendi as explicações que me foram prestadas, em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento, antes que o procedimento de laqueadura tubária se realize e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, sendo assim, consinto, portanto, ao (a) médico (a) a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Nome do paciente ou responsável legal: _____

Assinatura do paciente ou responsável legal: _____

RG: _____ Local e Data: _____ Hora _____ :

Eu, _____, RG _____

Declaro que concordo com a cirurgia de _____
e que participei da decisão e de todas as explicações acima.

Nome do cônjuge ou testemunha: _____

Assinatura do cônjuge ou testemunha _____ RG: _____

Local e Data: _____ Hora _____ :

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou ao seu cônjuge/testemunha, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu cônjuge/testemunha, estão em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: _____ Assinatura: _____

CRM: _____ Local e Data: _____ Hora: _____ :

O termo deve ser rubricado em todas as folhas pela paciente e pelo médico

Observação: O preenchimento completo deste Termo será em duas vias, ficando uma cópia arquivada no prontuário do paciente e original anexada junto aos exames e documentos do processo, sendo necessário apresentá-los à Equipe de Planejamento Reprodutivo – Santa Casa de Suzano, no dia da entrevista com a equipe multidisciplinar.

ANEXO 10 – RELAÇÃO DE DOCUMENTOS – LAQUEADURA/VASECTOMIA

| | |
|--|--|
|  <p><u>PLANEJAMENTO REPRODUTIVO VASECTOMIA E LAQUEADURA</u></p> <p>DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</p> <p>Cópias de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cartão SUS• RG do casal• Comprovante de endereço com CEP• Certidão de nascimento dos filhos• Certidão de casamento (se tiver) |  <p><u>PLANEJAMENTO REPRODUTIVO VASECTOMIA E LAQUEADURA</u></p> <p>DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</p> <p>Cópias de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cartão SUS• RG do casal• Comprovante de endereço com CEP• Certidão de nascimento dos filhos• Certidão de casamento (se tiver) |
|  <p><u>PLANEJAMENTO REPRODUTIVO VASECTOMIA E LAQUEADURA</u></p> <p>DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</p> <p>Cópias de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cartão SUS• RG do casal• Comprovante de endereço com CEP• Certidão de nascimento dos filhos• Certidão de casamento (se tiver) |  <p><u>PLANEJAMENTO REPRODUTIVO VASECTOMIA E LAQUEADURA</u></p> <p>DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</p> <p>Cópias de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cartão SUS• RG do casal• Comprovante de endereço com CEP• Certidão de nascimento dos filhos• Certidão de casamento (se tiver) |
|  <p><u>PLANEJAMENTO REPRODUTIVO VASECTOMIA E LAQUEADURA</u></p> <p>DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</p> <p>Cópias de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cartão SUS• RG do casal• Comprovante de endereço com CEP• Certidão de nascimento dos filhos• Certidão de casamento (se tiver) |  <p><u>PLANEJAMENTO REPRODUTIVO VASECTOMIA E LAQUEADURA</u></p> <p>DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</p> <p>Cópias de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cartão SUS• RG do casal• Comprovante de endereço com CEP• Certidão de nascimento dos filhos• Certidão de casamento (se tiver) |
|  <p><u>PLANEJAMENTO REPRODUTIVO VASECTOMIA E LAQUEADURA</u></p> <p>DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</p> <p>Cópias de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cartão SUS• RG do casal• Comprovante de endereço com CEP• Certidão de nascimento dos filhos• Certidão de casamento (se tiver) |  <p><u>PLANEJAMENTO REPRODUTIVO VASECTOMIA E LAQUEADURA</u></p> <p>DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</p> <p>Cópias de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cartão SUS• RG do casal• Comprovante de endereço com CEP• Certidão de nascimento dos filhos• Certidão de casamento (se tiver) |

ANEXO 11 – INSCRIÇÃO PLANEJAMENTO FAMILIAR – REDE CEGONHA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SUZANO - ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde



INSCRIÇÃO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO



DADOS DO CÔNJUGE FEMININO:

Nome _____ DN: ____/____/____ (____anos)
 Est. Civil: _____ em ____/____/____ (____anos) Religião: _____
 Instrução: _____ Ocupação: _____ Renda individual: _____



DADOS DO CÔNJUGE MASCULINO:

Nome _____ DN: ____/____/____ (____anos)
 Est. Civil: _____ em ____/____/____ (____anos) Religião: _____
 Instrução: _____ Ocupação: _____ Renda individual: _____



DADOS DO CASAL:

União: _____ em ____/____/____ (____anos) *Tipo de Est. Civil / União Estável
 Endereço: _____
 Bairro: _____ CEP: _____ - ____ Cidade: _____
 Casa: Própria Alugada Outros: _____ Renda Familiar: _____

COMPOSIÇÃO FAMILIAR:

| Parentesco | Idade | Sexo | Nome / Obs |
|------------|-------|-------|------------|
| 01 | _____ | _____ | _____ |
| 02 | _____ | _____ | _____ |
| 03 | _____ | _____ | _____ |
| 04 | _____ | _____ | _____ |
| 05 | _____ | _____ | _____ |
| 06 | _____ | _____ | _____ |
| 07 | _____ | _____ | _____ |
| 08 | _____ | _____ | _____ |
| 09 | _____ | _____ | _____ |



Participação em grupo de planejamento familiar:

_____/_____/_____
 _____/_____/_____



ENTREVISTA – ENFERMEIRO

Quantidade de partos: ____ Normal: ____ Cesariana: ____ Aborto: ____ Gestante a ____ meses
 Obs: _____

D.E.H.G. Cardiopatia Asma Diabetes Epilepsia I.S.T. H.I.V.

Alcoolismo Tabagismo Problemas psicológicos: _____

Em tratamento médico: SIM, Porque: _____

Usando medicamento: SIM: _____

Método Contraceptivo Usado:

D.I.U. Pílula Espermicida Diafragma Preservativo Tabela Coito interrompido

Tempo de uso: ____ anos, ____ meses.

Observações: _____

■ **ENTREVISTA PSICÓLOGO**



Parecer da Psicologia: _____

Data: ___/___/___

Psicólogo: Nome, CRP: _____
(Assinatura / Carimbo)

■ **Parecer do Serviço Social:**



Após participação do casal no grupo de Planejamento Familiar conclui-se, por opção, pelo médico:

VASECTOMIA LAQUEADURA OUTROS: _____

Declaro-me FAVORÁVEL NÃO FAVORÁVEL à realização do método solicitado.

Porque: _____

Data: ___/___/___

Ass. Social: Nome, CRESS: _____
(Assinatura / Carimbo)

■ **Avaliação Médica**



Aprovado: SIM NÃO

Porque: _____

Data: ___/___/___

Médico: Nome, CRM: _____
(Assinatura / Carimbo)

Anotações

ANEXO 12 – REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA – PLANEJAMENTO REPRODUTIVO/ REDE CEGONHA



Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA



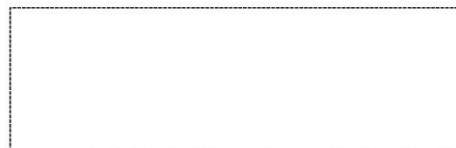
| DADOS DO PACIENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|------|------------|----------------------------|--|----------------------|-----|--|--|--|
| Pront. | Nome | | | | | | | | | | | |
| | Nome social | | | | | | | | | | | |
| Mãe | | | | | | | | | CNS | | | |
| Idade | CPF | Data de Nascimento | | Sexo | Raça / Cor | Telefone 1 | | Telefone 2 | | | | |
| Endereço | | | | | | | | CEP | | | | |
| REFERÊNCIA | | | | | | | | DATA: | | | | |
| DE: | | | | | | | | Carimbo e Assinatura | | | | |
| PARA: EQUIPE DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO – SANTA CASA DE SUZANO | | | | | | Prioridade | | Rotina | | | | |
| CRITÉRIOS | | | | | | | | | | | | |
| VASECTOMIA | <input type="checkbox"/> Capacidade civil plena; <input type="checkbox"/> 25 anos OU 02 filhos vivos (apenas 1 destes critérios torna o paciente elegível). | | | | | | | | | | | |
| | LAQUEADURA | <input type="checkbox"/> Capacidade civil plena; DURANTE A GESTAÇÃO * <input type="checkbox"/> 25 anos OU 2 filhos vivos E 2 ou mais cesáreas prévias (Somente esta combinação torna a paciente elegível); IDADE GESTACIONAL: _____ Semanas DPP: ____/____/____ | | | | | | | | | | |
| FORA DO CICLO GRAVÍDICO <input type="checkbox"/> 25 anos ou 02 filhos vivos (apenas 1 destes critérios torna a paciente elegível). | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVAÇÕES | | | | | | | | | | | | |
| RESULTADO DOS EXAMES: | | | | | | | | | | | | |
| PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO | | | | | | | | | | | | |
| 1ª REUNIÃO: ____/____/____ | | | | | | 2ª REUNIÃO: ____/____/____ | | | | | | |
| MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: <input type="checkbox"/> VASECTOMIA <input type="checkbox"/> LAQUEADURA | | | | | | | | | | | | |

* Caso a paciente não se enquadre nos critérios acima, deverá retornar para participação do Planejamento Reprodutivo apenas após o parto;

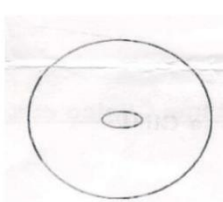
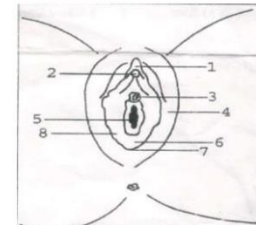
ANEXO 13 – REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA – COLPOSCOPIA



**Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA PARA COLPOSCOPIA

| DADOS DO PACIENTE | | | | | | | | | |
|---|--------------------|----------------------------------|-------------|-------------------|--|-------------------|-------------------------|--|--|
| Pront. | Nome | | | | | | | | |
| | Nome social | | | | | | | | |
| Mãe | | | | CNS | | | | | |
| Idade | CPF | Data de Nascimento / / | Sexo | Raça / Cor | Telefone 1 | Telefone 2 | | | |
| Endereço | | | | | | CEP | | | |
| REFERÊNCIA | | | | | | DATA: | | | |
| DE: | | | | | Carimbo e Assinatura | | | | |
| PARA: | | | | | Prioridade | | Rotina | | |
| DADOS CLÍNICOS: | | | | | | | | | |
| EXAME ESPECULAR | | | | | INSPEÇÃO GENITÁLIA EXTERNA | | | | |
|  | | ALTERAÇÃO: _____ | | |  | | ALTERAÇÃO: _____ | | |
| | | _____ | | | | | _____ | | |
| | | _____ | | | | | _____ | | |
| HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: _____ | | | | | | | | | |
| _____ | | | | | | | | | |
| _____ | | | | | | | | | |
| RESULTADO PAPANICOLAOU (Descrever ou anexar cópia do resultado): | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICOS: | | | | | | | CID 10 | | |
| CONDUTA JÁ REALIZADA: | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| EM CASO DE PRIORIDADE, JUSTIFICAR: | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

ANEXO 14 – NOTIFICAÇÃO VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|-----------------------------------|--|--|--|---|--|----------------|--|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação 2 - Individual | | 2 Agravo/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA | | Código (CID10) Y09 | | 3 Data da notificação | | |
| | 4 UF | 5 Município de notificação | | | Código (IBGE) | | | | |
| | 6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| | 7 Nome da Unidade Notificadora | | | | Código Unidade | | 9 Data da ocorrência da violência | | |
| | 8 Unidade de Saúde | | | | Código (CNES) | | | | |
| | 10 Nome do paciente | | | | | | 11 Data de nascimento | | |
| Notificação Individual | 12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano <input type="checkbox"/> | | 13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado | | 14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5-Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> | | 15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> | | |
| | 16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0-Analfabeto <input type="checkbox"/> 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7-Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8-Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| | 17 Número do Cartão SUS | | | | 18 Nome da mãe | | | | |
| | 19 UF | | 20 Município de Residência | | Código (IBGE) | | 21 Distrito | | |
| | 22 Bairro | | | 23 Logradouro (rua, avenida,...) | | | Código | | |
| 24 Número | | 25 Complemento (apto., casa, ...) | | | 26 Geo campo 1 | | | | |
| 27 Geo campo 2 | | 28 Ponto de Referência | | | 29 CEP | | | | |
| 30 (DDD) Telefone | | | | 31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | | 32 País (se residente fora do Brasil) | | | |
| Dados Complementares | | | | | | | | | |
| Dados da Pessoa Atendida | 33 Nome Social | | | | 34 Ocupação | | | | |
| | 35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| | 36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual <input type="checkbox"/> 2-Homossexual (gay/lésbica) <input type="checkbox"/> | | 3-Bissexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> | | 37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1-Travesti <input type="checkbox"/> 2-Mulher Transexual <input type="checkbox"/> | | 3-Homem Transexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> | | |
| | 38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> | | 39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/> | | 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> | | | | |
| Dados da Ocorrência | 40 UF | | 41 Município de ocorrência | | Código (IBGE) | | 42 Distrito | | |
| | 43 Bairro | | | 44 Logradouro (rua, avenida,...) | | | Código | | |
| | 45 Número | | 46 Complemento (apto., casa, ...) | | | 47 Geo campo 3 | | 48 Geo campo 4 | |
| | 49 Ponto de Referência | | | 50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | | 51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas) | | | |
| | 52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> | | 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> | | 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado <input type="checkbox"/> | | 53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | | | | 54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> | | |

SVS 15.06.2015

| | | |
|-----------|---|--|
| Violência | 55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado | |
| | 56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil _____ | 57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____ |

| | |
|------------------|---|
| Violência Sexual | 58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| | 59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei |

| | | | | |
|--------------------------------------|--|---|---|--|
| Dados do provável autor da violência | 60 Número de envolvidos <input type="checkbox"/> 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado | 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Outros _____ | 62 Sexo do provável autor da violência <input type="checkbox"/> 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado | 63 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado |
| | 64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado | | | |

| | |
|----------------|---|
| Encaminhamento | 65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente |
|----------------|---|

| | | | |
|--------------|--|--|---|
| Dados finais | 66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado | 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____ |
| | 69 Data de encerramento _____ | | |

| Informações complementares e observações | | |
|--|----------------------------|----------------|
| Nome do acompanhante | Vínculo/grau de parentesco | (DDD) Telefone |

| |
|---|
| Observações Adicionais: _____ _____ _____ |
|---|

| | | |
|--|--|--|
| Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 | TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 | Disque Direitos Humanos 100 |
|--|--|--|

| | | |
|-------------|----------------------------|-----------------------------|
| Notificador | Município/Unidade de Saúde | Cód. da Unid. de Saúde/CNES |
| | Nome | Função |

Violência interpessoal/autoprovoçada

Sinan

SVS 15.06.2015

ANEXO 15 – RECEITUÁRIO DE NITRATO DE MICONAZOL CREME VAGINAL 20mg/g



Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME: _____

Uso tópico

1. Nitrato de Miconazol Creme Vaginal 20mg/g

Aplicar via vaginal 1x a noite por 10 dias

Prescrição realizada em conformidade com a **Lei 7.498/1986, Art. 11, inciso II, alínea C**: O enfermeiro como integrante da equipe de saúde, pode realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Instituição de saúde.



Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME: _____

Uso tópico

1. Nitrato de Miconazol Creme Vaginal 20mg/g

Aplicar via vaginal 1x a noite por 10 dias

Prescrição realizada em conformidade com a **Lei 7.498/1986, Art. 11, inciso II, alínea C**: O enfermeiro como integrante da equipe de saúde, pode realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Instituição de saúde.

ANEXO 16 – RECEITUÁRIO DE METRONIDAZOL GELEIA VAGINAL 100mg/g



Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME: _____

Uso tópico

1. Metronidazol Geleia Vaginal 100mg/g
Aplicar via vaginal 1x a noite por 10 dias

Prescrição realizada em conformidade com a **Lei 7.498/1986, Art. 11, inciso II, alínea C**: O enfermeiro como integrante da equipe de saúde, pode realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Instituição de saúde.



Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME: _____

Uso tópico

1. Metronidazol Geleia Vaginal 100mg/g
Aplicar via vaginal 1x a noite por 10 dias

Prescrição realizada em conformidade com a **Lei 7.498/1986, Art. 11, inciso II, alínea C**: O enfermeiro como integrante da equipe de saúde, pode realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Instituição de saúde.

ANEXO 17 – RECEITUÁRIO DE DAPIRONA GOTAS 500 mg/ml



Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME: _____

Uso oral

1. Dipirona gotas 500 mg/ml

Tomar _____ gotas de 6 em 6 horas, se dor ou febre

Prescrição realizada em conformidade com a **Lei 7.498/1986, Art. 11, inciso II, alínea C**: O enfermeiro como integrante da equipe de saúde, pode realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Instituição de saúde.



Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME: _____

Uso oral

1. Dipirona gotas 500 mg/ml

Tomar _____ gotas de 6 em 6 horas, se dor ou febre

Prescrição realizada em conformidade com a **Lei 7.498/1986, Art. 11, inciso II, alínea C**: O enfermeiro como integrante da equipe de saúde, pode realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Instituição de saúde.

ANEXO 18 – RECEITUÁRIO DE PARACETAMOL COMPRIMIDO 750 mg



Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME: _____

Uso oral

1. Paracetamol comprimido 750 mg

Tomar 1 comprimido de 8 em 8 horas, se dor ou febre

Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg

Prescrição realizada em conformidade com a **Lei 7.498/1986, Art. 11, inciso II, alínea C**: O enfermeiro como integrante da equipe de saúde, pode realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Instituição de saúde.



Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME: _____

Uso oral

1. Paracetamol comprimido 750 mg

Tomar 1 comprimido de 8 em 8 horas, se dor ou febre

Prescrição realizada em conformidade com a **Lei 7.498/1986, Art. 11, inciso II, alínea C**: O enfermeiro como integrante da equipe de saúde, pode realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Instituição de saúde.

ANEXO 19 – RECEITUÁRIO DE CONTRACEPTIVO ORAL COMBINADO



Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME: _____

Uso oral

1. Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg ----- **Uso contínuo**

Iniciar no 1º dia da menstruação.

Tomar 1 comprimido diariamente por 21 dias consecutivos e realizar pausa de 7 dias. Iniciar nova cartela após a pausa.

Prescrição realizada em conformidade com a **Lei 7.498/1986, Art. 11, inciso II, alínea C**: O enfermeiro como integrante da equipe de saúde, pode realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Instituição de saúde.



Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME: _____

Uso oral

1. Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg ----- **Uso contínuo**

Iniciar no 1º dia da menstruação.

Tomar 1 comprimido diariamente por 21 dias consecutivos e realizar pausa de 7 dias. Iniciar nova cartela após a pausa.

Prescrição realizada em conformidade com a **Lei 7.498/1986, Art. 11, inciso II, alínea C**: O enfermeiro como integrante da equipe de saúde, pode realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Instituição de saúde.

ANEXO 20 – RECEITUÁRIO DE CONTRACEPTIVO ORAL SIMPLES – MINIPÍLULA



Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME: _____

Uso oral – Válido por 3 meses

1. Noretisterona 0,35 mg ----- **Uso contínuo**

Tomar 1 comprimido no **mesmo horário, sem pausa.**

Validação por período estendido ao período inicial, realizada em conformidade com o **PARECER COREN-SP 058/2013** e **Lei 7.498/1986, Art. 11, inciso II, alínea C**: O enfermeiro como integrante da equipe de saúde, pode realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Instituição de saúde.



Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME: _____

Uso oral – Válido por 3 meses

1. Noretisterona 0,35 mg ----- **Uso contínuo**

Tomar 1 comprimido no **mesmo horário, sem pausa.**

Validação por período estendido ao período inicial, realizada em conformidade com o **PARECER COREN-SP 058/2013** e **Lei 7.498/1986, Art. 11, inciso II, alínea C**: O enfermeiro como integrante da equipe de saúde, pode realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Instituição de saúde.

ANEXO 21 – RECEITUÁRIO DE CONTRACEPTIVO INJETÁVEL MENSAL



Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME: _____

Uso injetável – Válido por 3 meses

1. Enantato de noretisterona/ Valerato de Estradiol 50/5mg ----- **Uso contínuo**

Aplicar 1 ampola IM a cada 4 semanas (no mínimo 27 dias e no máximo 33 dias).

Validação por período estendido ao período inicial, realizada em conformidade com o **PARECER COREN-SP 058/2013** e **Lei 7.498/1986, Art. 11, inciso II, alínea C**: O enfermeiro como integrante da equipe de saúde, pode realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Instituição de saúde.



Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME: _____

Uso injetável – Válido por 3 meses

1. Enantato de noretisterona/ Valerato de Estradiol 50/5mg ----- **Uso contínuo**

Aplicar 1 ampola IM a cada 4 semanas (no mínimo 27 dias e no máximo 33 dias).

Validação por período estendido ao período inicial, realizada em conformidade com o **PARECER COREN-SP 058/2013** e **Lei 7.498/1986, Art. 11, inciso II, alínea C**: O enfermeiro como integrante da equipe de saúde, pode realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Instituição de saúde.

ANEXO 22 – RECEITUÁRIO DE CONTRACEPTIVO INJETÁVEL TRIMESTRAL



Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME: _____

Uso injetável – Válido por 3 meses

1. Acetato de medroxiprogesterona 150 mg ----- **Uso contínuo**

Aplicar 1 ampola IM a cada 12 semanas a 13 semanas (mínimo 84 / máximo 91 dias).

Validação por período estendido ao período inicial, realizada em conformidade com o **PARECER COREN-SP 058/2013** e **Lei 7.498/1986, Art. 11, inciso II, alínea C**: O enfermeiro como integrante da equipe de saúde, pode realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Instituição de saúde.



Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME: _____

Uso injetável – Válido por 3 meses

1. Acetato de medroxiprogesterona 150 mg ----- **Uso contínuo**

Aplicar 1 ampola IM a cada 12 semanas a 13 semanas (mínimo 84 / máximo 91 dias).

Validação por período estendido ao período inicial, realizada em conformidade com o **PARECER COREN-SP 058/2013** e **Lei 7.498/1986, Art. 11, inciso II, alínea C**: O enfermeiro como integrante da equipe de saúde, pode realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Instituição de saúde.

ANEXO 23 – RECEITUÁRIO DE ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA



Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME: _____

Uso oral

1. Levonorgestrel 0,75 mg

Tomar 02 comprimidos de uma só vez, num período de até 3 dias após a relação sexual (72 horas).

Prescrição realizada em conformidade com a **Lei 7.498/1986, Art. 11, inciso II, alínea C**: O enfermeiro como integrante da equipe de saúde, pode realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Instituição de saúde.



Prefeitura Municipal de Suzano
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME: _____

Uso oral

1. Levonorgestrel 0,75 mg

Tomar 02 comprimidos de uma só vez, num período de até 3 dias após a relação sexual (72 horas).

Prescrição realizada em conformidade com a **Lei 7.498/1986, Art. 11, inciso II, alínea C**: O enfermeiro como integrante da equipe de saúde, pode realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Instituição de saúde.